



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE DOUTORADO**

**ENTRE A SAÚDE E A NORMA:
A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES
DAS AGROINDÚSTRIAS DO OESTE DE SANTA CATARINA**

MÁRCIA LUÍZA PIT DAL MAGRO

FLORIANÓPOLIS, 2012.

MÁRCIA LUÍZA PIT DAL MAGRO

**ENTRE A SAÚDE E A NORMA:
A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES
DAS AGROINDÚSTRIAS DO OESTE DE SANTA CATARINA**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Área de concentração: Práticas Sociais e Constituição do Sujeito

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Chalfin Coutinho

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Florianópolis, 11 de junho de 2012.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Dal Magro, Márcia Luíza Pit

ENTRE A SAÚDE E A NORMA: [tese] : A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS DO OESTE DE SANTA CATARINA / Márcia Luíza Pit Dal Magro ; orientadora, Maria Chalfin Coutinho ; co-orientadora, Carmen Leontina Ojeda O. Moré. - Florianópolis, SC, 2012.

292 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Saúde do trabalhador. 3. Políticas de saúde. 4. Medicalização da saúde. 5. Indústria alimentícia. I. Coutinho, Maria Chalfin . II. Moré, Carmen Leontina Ojeda O.. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Ao meu marido Jacir, pelo amor e companheirismo no percurso do doutorado e no percurso da vida que compartilhamos. Por acreditar em mim e me fazer acreditar, por dar sentido a minha existência.

Ao meu filho Gabriel, cujo amor é um farol que me guia pela vida, pelos banhos de chuva que perdemos e pelos que ainda vamos tomar.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores das agroindústrias que compartilharam comigo suas histórias de trabalho e seus percursos pelos serviços de saúde na busca de cuidado.

Aos profissionais de saúde, por partilharem suas experiências de trabalho, bem como os anseios e angústias que o trabalho na saúde pública produz.

Aos profissionais do Centro Integrado de Saúde, em especial as equipes de saúde da família com as quais convivi durante um ano de trabalho de campo, que muito me ensinaram nesta trajetória.

À professora Maria Chalfin Coutinho, que acompanha minha trajetória acadêmica desde o mestrado, sempre me orientando com sabedoria e amizade, que sempre me apoiou nos voos que quis alçar neste percurso e também nos tropeços que tive durante o mesmo.

À professora Carmen Moré, com quem tive um feliz “encontro” na minha trajetória do doutorado, e que me acompanhou com carinho e atenção durante esta caminhada, que fomentou muitas das questões que desenvolvi neste trabalho.

Ao Prof. Joseph Blanch, por me receber na Espanha para a realização do estágio sanduíche, mas principalmente por me provocar para ver além do sofrimento dos trabalhadores que eram meu foco de estudo.

Aos professores Denise Pires, Joseph Blanch, Leny Sato e Suzana Tolfo, por aceitarem generosamente participar de minha banca de defesa de tese.

Aos colegas do Netcos, em especial Laila, Maria Fernanda, Sandra, Regina, Ricardo e Scheila, pelas trocas teóricas e afetivas nesta caminhada.

À Maria Fernanda Diogo, pela importante contribuição para a finalização deste trabalho.

À amiga e colega Liane Keitel, que me instigou a adentrar no campo da saúde pública, tendo sido uma grande motivadora deste

trabalho e importante interlocutora durante todo o meu percurso do doutorado, sempre me ajudando a enxergar as possibilidades de produzir saúde.

À amiga e colega Solange Rosa, pelas contribuições durante a produção desta tese.

À amiga e colega Patrícia Canal, com quem compartilho os projetos e os sonhos voltados ao campo da saúde do trabalhador na região de Chapecó.

À minha família, que me apoiou e torceu por mim durante esta caminhada.

Aos alunos de Psicologia da Unochapecó, especialmente a turma de estágio em Psicologia do Trabalho de 2010, que compartilhou comigo um importante momento da construção deste trabalho.

“... a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos,
mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos
vínculos que constroem e que os constroem
como potência de afetar e ser afetado” (Brasil, 2006e).

DAL MAGRO, Márcia Luiza Pit. **Entre a saúde e a norma: a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias do oeste de Santa Catarina.** Florianópolis, 2012. 392 folhas. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Chalfin Coutinho.

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Defesa: 11 de junho de 2012.

RESUMO

As indústrias de abate e processamento de carnes da região oeste de Santa Catarina representam um importante setor econômico brasileiro, especialmente na produção e exportação de carne de aves. O município de Chapecó ocupa lugar de destaque nesse contexto, tendo em vista que é considerado um dos mais importantes centros agroindustriais do país, sendo que atualmente cerca de 18% da força de trabalho ocupada atua diretamente nas fábricas do setor. As difíceis condições de trabalho nessas indústrias são amplamente associadas a agravos em saúde que acometem os trabalhadores do setor, como as LER/DORT e a depressão, sendo que há um grande fluxo dos mesmos aos serviços de saúde da região. Nesse sentido, tendo como base os constructos teóricos em torno da epistemologia da saúde de Canguihem e da Biopolítica de Foucault, esta pesquisa traçou como objetivo geral compreender como se produz a atenção à saúde dos trabalhadores dessas indústrias no oeste catarinense. Para isso, o processo investigativo teve como norte a perspectiva da pesquisa qualitativa e utilizou diferentes instrumentos de pesquisa. Um desses foi a observação participante registrada em diário de campo, a qual foi realizada junto a um Centro de Saúde da Família que se situava próximo às grandes agroindústrias do município. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas, das quais participaram dezessete trabalhadores das agroindústrias usuários da atenção básica e treze profissionais de saúde que atuavam na rede pública da região. Por fim, foi feita pesquisa documental a partir dos prontuários de saúde dos trabalhadores entrevistados, disponíveis no Centro de Saúde (CS). A análise das informações foi realizada com base na *Grounded Theory*, e contou com a elaboração de duas dimensões de análise. A primeira, referente ao contexto de trabalho e à saúde dos trabalhadores, discute os diferentes dispositivos de controle utilizados a fim de obter o desempenho máximo dos trabalhadores do setor agroindustrial. Isso se

dá por meio de um conjunto de técnicas que geram a intensificação do trabalho, o prolongamento da jornada laboral e relações sociolaborais hostis e sem espaços para participação coletiva dos trabalhadores. Na mesma direção segue a gestão dos riscos laborais neste setor, que é realizada de maneira fragmentada e parcial, o que em conjunto com os demais aspectos destes contextos tornam o acesso aos serviços de saúde uma alternativa para lidar com os problemas do trabalho. Nesse sentido, os agravos em saúde assumem a característica de problema individual do trabalhador usuário e se constituem em demandas para a clínica médica nos serviços públicos e privados de saúde. A segunda dimensão de análise que compõe este trabalho, referente à atenção à saúde dos trabalhadores, aponta para a importância do papel das indústrias no controle da atenção à saúde realizada nos serviços públicos e privados da região. Nesse contexto, as práticas assistenciais realizadas na rede de saúde são comumente limitadas à realização de procedimentos técnico-assistenciais orientados por uma noção fragmentada de saúde, sustentada por valores como intervenção, especificidade e localização, sendo direcionadas ao corpo físico individual, e à doença. Entre esses procedimentos se destacam a medicamentação, os exames complementares, a fisioterapia e a emissão de atestados médicos para afastamentos do trabalho. Esses procedimentos reforçam o atendimento medicocentrado e dificultam a produção do cuidado, distanciando-se da proposta de atendimento multiprofissional e interdisciplinar e da atenção integral preconizados pelo SUS. Assim, os trabalhadores usuários realizam longos percursos pela rede de saúde associados com a cronificação dos agravos que os acometem. O contexto da atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias no oeste catarinense se constitui, assim, como um campo de relações de poder e dominação, que tem nos serviços de saúde um palco onde os protagonistas deste processo travam suas lutas, a partir de interesses distintos. Essas lutas têm como pano de fundo a constante tensão entre o estado de saúde de indivíduos e coletivos, e as normatizações no campo da saúde que objetivam o governo da vida, que acenam para a sobreposição entre saúde e norma.

Palavras-chave: Indústria alimentícia; saúde do trabalhador; medicalização da saúde; produção do cuidado; atenção básica.

DAL MAGRO, Márcia Luiza Pit. **Between health and norm: health care provided to agro-industrial workers of the West region of Santa Catarina.** Florianópolis, 2012. 392 sheets. Thesis (PhD in Psychology). Postgraduation in Psychology, Santa Catarina Federal University.

Advisor: Prof^a. Dr^a. Maria Chalfin Coutinho.

Co-Advisor: Profa. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Defense: June 11, 2012.

ABSTRACT

Slaughter and meat processing industries, known in the West region of Santa Catarina as agro-industries, constitute an important Brazilian economic sector, particularly poultry production and export. Chapecó is considered one of the most important agribusiness centers in the country. Agro-industrial workers are affected by some diseases, such as RSI/WMSD that are mostly associated with their working conditions. Considering that around 18% of manpower of this municipality work directly in those industries, there is a great flux of workers that turn to the region's health services. This research is based on theoretical constructions supported by Canguihem's epistemology of health and Foucault's biopolitics and aims to understand what kind of health care agro-industrial workers in the West region of the state are provided with. The investigation was based on qualitative research and used different investigative instruments. One of them was participant observation that took place in a Family Health Center situated next to large agro-industries of the city, which was registered in a field diary. Semi-structured interviews to seventeen agro-industrial workers, users of primary health care services, and thirteen professionals of the public health system were conducted. Finally, a documental research was made using the health records of the workers who were interviewed, available in the health center. The analysis of data was performed based on the Grounded Theory and included the elaboration of two-dimensional analysis. The first one has to do with workers' health and work context and discusses different control devices used to obtain a maximum performance of agro-industrial workers, which is achieved by a set of techniques that produce intensification of work, extension of workday, hostile social and labor relations and no space for collective participation. Management of occupational risks in this economical sector also occurs in a fragmented and partial way, and all these factors

make access to health services an alternative for dealing with labor problems. Thus, health difficulties make it an individual issue that has to do only with the worker and that increase demand for clinical care both in public and private health services. The second dimension of the analysis, referring the kind of health care provided to workers, focuses the importance of the industries role in controlling health care services provided by public and private institutions. In that kind of context, care practices performed by those institutions are generally limited to technical procedures oriented by a fragmented notion of health, maintained by values such as intervention, specificity and location, centered in individual physical bodies and diseases. Among those procedures are excess of medication, complementary exams, change of function, physiotherapy and medical certificates to justify absence from work. Those procedures reinforce medical-centered care and make it difficult to provide health care, going against the idea of an integral, multi-professional and interdisciplinary health care defended by the public health care system, the SUS. Therefore, health care users usually make long journeys all the way through the health care network, suffering from diseases that become chronic with time. As a result, health care provided to agro-industrial workers of the West region of Santa Catarina constitutes a battlefield of power relations and domination. Health services constitute a stage where the protagonists of this process struggle their fights and defend their interests. In the background, there is a constant tension between health statuses of individuals and collectivities, and the imposition of norms that regulate health care, suggesting an overlap between health and norm.

Key-words: Food Industry; occupational health; medicalization of health: production of care; primary health care.

DAL MAGRO, Márcia Luiza Pit. **Entre la salud y la norma: la atención a la salud de los trabajadores de las agroindustrias del oeste de Santa Catarina.** Florianópolis, 2012. 392 hojas. Tesis (Doctorado en Psicología). Programa de Postgrado en Psicología, Universidade Federal de Santa Catarina.

Directora: Prof^a. Dr^a. Maria Chalfin Coutinho.

Codirectora: Prof^a. Dr^a. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Defensa: 11 de junio 2012.

RESUMEN

Las industrias de abate y procesamiento de carnes de la región al oeste de Santa Catarina representan un importante sector económico brasileño, especialmente en la producción y exportación de carne de aves. El municipio de Chapecó ocupa lugar de destaque en ese contexto, ya que es considerado uno de los más importantes centros agroindustriales del país, siendo que actualmente un 18% de la fuerza de trabajo ocupada actúa directamente en esas industrias. Las difíciles condiciones de trabajo en esas industrias son ampliamente asociadas a agravios de salud que acometen a los trabajadores del sector, como LER/DORT y depresión, siendo que hay un gran flujo de trabajadores a los servicios de salud de la región. En ese sentido, teniendo como base los constructos teóricos en torno a la epistemología de la salud de Canguihem y de la Biopolítica de Foucault, esta investigación trazó como objetivo general comprender como se produce la atención a la salud de los trabajadores de esas industrias en el oeste catarinense. Para eso, el proceso investigativo tuvo como norte la perspectiva de la investigación cualitativa y utilizó diferentes instrumentos de investigación. Uno de esos fue la observación participante registrada en diario de campo, la cual fue realizada junto a un Centro de Salud de Familia que se situaba próximo a las grandes agroindustrias del municipio. También fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, de las cuales participaron diecisiete trabajadores de las agroindustrias usuarios de atención básica y trece profesionales de salud que actuaban en la red pública de la región. Por fin fue hecha investigación documental a partir de los prontuarios de salud de los trabajadores entrevistados, disponibles en el Centro de Salud. El análisis de las informaciones fue realizadas con base en la Grounded Theory, y contó con la elaboración de dos dimensiones de análisis. La primera, referente al contexto de trabajo y a la salud de los trabajadores, discute los diferentes dispositivos de control utilizados a fin de obtener el

desempeño máximo de los trabajadores del sector agroindustrial. Eso se da por medio de un conjunto de técnicas que generan la intensificación del trabajo, la prórroga de la jornada laboral y relaciones sociolaborales hostiles y sin espacios para participación colectiva de los trabajadores. En la misma dirección sigue la gestión de los riesgos laborales en este sector, que es realizada de manera fragmentada y parcial, lo que en conjunto con los demás aspectos de estos contextos laborales, hacen del acceso a los servicios de salud una alternativa para lidiar con los problemas del trabajo. En ese sentido, las dificultades en salud asumen la característica de problema individual del trabajador usuario y se constituyen en demandas para la clínica médica en los servicios públicos y privados de salud. La segunda dimensión de análisis que compone este trabajo, referente la atención a la salud de los trabajadores, apuntan hacia la importancia del papel de las industrias en el control de la atención a la salud realiza en los servicios públicos y privados de la región. En ese contexto, las prácticas asistenciales realizadas en la red de salud son comúnmente limitadas a la realización de procedimientos técnicoasistenciales orientados por una noción fragmentada de salud, sostenida por valores como intervención, especificidad y localización, siendo direccionadas al cuerpo físico individual, y a la enfermedad. Entre esos procedimientos se destacan la medicamentación, los exámenes complementarios, la fisioterapia y la emisión de atestados médicos para permisos de trabajo. Esos procedimientos refuerzan la atención medicocentrada y dificultan la producción del cuidado, distanciándose de la propuesta de atención multiprofesional e interdisciplinaria y de la atención integral preconizados por el SUS. Así, los trabajadores usuarios realizan largos recorridos por la red de salud asociados con la cronificación de los agravios que los acometen. El contexto de la atención a la salud de los trabajadores de las agroindustrias en el oeste catarinense se constituye así, como un campo de relaciones de poder y dominación, que tiene en los servicios de salud un escenario donde los protagonistas de este proceso traban sus luchas, a partir de intereses distintos. Estas luchas tienen como telón de fondo la constante tensión entre el estado de salud de individuos y colectivos, y las normatizaciones en el campo de la salud que objetivan el gobierno de la vida, que gesticulan para la sobreposición entre salud y norma.

Palabras clave: Industria de alimentos; salud laboral; medicalización de la salud; producción del cuidado; atención primaria de salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ADVT – Associação dos Vitimados do Trabalho
APOSC – Associação dos Psicólogos do Oeste de Santa Catarina
CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPS – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAT – Comunicação de Acidentes de Trabalho
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIS – Centro Integrado de Saúde da Família
CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE – Comissão Nacional de Classificação
CRESME – Centro de Referência em Especialidades Médicas
CS – Centro de Saúde
DORT – Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
EPI - Equipamentos de Proteção Individual
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAP – Fator Acidentário de Prevenção
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
NR – Norma Regulamentadora
NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNH – Política Nacional de Humanização
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde

PST – Programa de Saúde do Trabalhador

Renast – Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

SAT – Seguro de Acidentes do Trabalho

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificações

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajuste de Conduta

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região de Chapecó

GLOSSÁRIO

Atenção à saúde: Aqui entendida como a organização do sistema e das práticas de saúde no setor público e privado, que se dá por meio de políticas, programas e serviços que visam atender as diretrizes que estruturam o SUS e as normatizações no campo do trabalho e emprego voltadas à segurança e à saúde do trabalhador. De acordo com Matta e Morosini (2009), a noção de atenção é cunhada no sentido de superar a tradicional oposição entre assistência, prevenção e promoção e entre indivíduos e coletividade que caracterizam o modelo biomédico e as ações voltadas à saúde pública.

Assistência em saúde: Neste trabalho a expressão se refere às ações que se produzem nos serviços de saúde (públicos e privados), que estão centradas no atendimento individual e de caráter “curativo”. Nesse sentido, o atendimento ao trabalhador usuário se organiza em função da demanda espontânea ou induzida pela oferta, a partir da doença/queixa.

Cuidado em saúde: O cuidado em saúde está pautado no princípio da integralidade e se produz nas relações que se estabelecem entre os usuários e profissionais de saúde. Nesse sentido, mais do que uma técnica aplicada em relação ao corpo do outro, diz respeito à relação que sustenta a qualidade desta técnica, estando pautado em aspectos como o acolhimento, vínculo e participação do usuário na definição da terapêutica adotada.

Queixas em saúde: se refere não à doença em si, mas àquilo que o trabalhador expressa e/ou comunica sobre seu estado de saúde quando questionado em relação ao mesmo. Esta noção identifica, assim, experiências de mal estar ou desconforto dos sujeitos entrevistados, que têm no trabalho a sua origem ou que estabelece uma relação direta com ele.

Medicalização: Relacionada ao controle da vida no âmbito da biopolítica. Se viabiliza por meio da medicina e as outras disciplinas associadas que passam a regular cada vez mais aspectos da condição humana que assumem a conformação de problemas de saúde passíveis de intervenções curativo-terapêuticas. Isso implica uma redução da autonomia individual, em que se deslegitima o saber, os modos socialmente estabelecidos de lidar com os processos de saúde e doença

em nome de um saber poder que produz “verdades” e práticas acerca da doença e agora também da saúde.

Medicamentalização: diz respeito à centralidade do uso dos fármacos na atenção a saúde, o que envolve a prescrição medicamentosa por parte dos médicos e a automedicação por parte dos trabalhadores usuários.

Sufrimento psíquico: a manifestação de um sofrimento por si só não indica necessariamente um processo de adoecimento, mas seguindo a lógica que aponta Canguilhem, pode fazer parte do processo normativo que pressupõe enfrentamento das adversidades e instauração de novas formas de ser. Isso não se dá sem algum nível de sofrimento ou desconforto psíquico; no entanto, quando o estado de sofrimento se torna norma rígida ele pode produzir o adoecimento. Assim, o sofrimento psíquico no adoecimento como diz Dantas (2009), implica nas noções de duração e de compromisso.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo de atenção da Renast	56
Figura 2	Mapa de percurso da trabalhadora 1.....	152
Figura 3	Mapa de percurso da trabalhadora 5	166
Figura 4	Mapa de percurso da trabalhadora 4	176
Figura 5	Mapa de percurso da trabalhadora 6	215
Figura 6	Mapa de percurso da trabalhadora 13	221

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias, subcategorias e elementos de análise – Dimensão I: contexto de trabalho e saúde	80
Quadro 2	Categorias, subcategorias e elementos de análise – Dimensão II: a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias	85
Quadro 3	Informações sobre o percurso dos trabalhadores pela rede de saúde	88
Quadro 4	Queixas em saúde relacionadas ao trabalho	93
Quadro 5	Frequência das admissões e desligamentos nas ocupações de abatedor e magarefe no município de Chapecó no período de junho de 2007 a junho de 2011	109
Quadro 6	Notificações referentes ao município de Chapecó - período de 2008 a 2010	210

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	27
Capítulo 1: A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	33
1.1 Saúde: possibilidades e limites de um conceito	33
1.1.1 O conceito de saúde na epistemologia de Canguilhem	36
1.1.2 Saúde e biopolítica	39
1.2 A atenção à saúde do trabalhador	45
1.2.1 A constituição do campo da saúde do trabalhador	45
1.2.2 Integralidade e produção do cuidado na atenção a saúde do trabalhador	51
1.2.3 A organização da atenção à saúde do trabalhador na rede de saúde	54
Capítulo 2: DELINEANDO O FAZER DA PESQUISA ...	61
2.1 Método	61
2.1.1 Caracterização da pesquisa	61
2.1.2 O cenário da pesquisa	63
2.1.3 Participantes da pesquisa	65
2.1.4 Procedimentos utilizados no levantamento de informações	67
2.1.5 Atravessamentos e implicações na trajetória da pesquisa	72
2.1.6 Procedimentos de análise das informações	76
2.2 Apresentação da organização dos resultados	77
2.2.1. Apresentação da categorização dos dados	77
2.2.2 Caracterização dos trabalhadores usuários participantes do estudo	87
2.2.2.1 Retratos do percurso	87
2.2.2.2 Queixas em saúde relacionadas ao trabalho	91
Capítulo 3: CONTEXTO DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIA	101
3.1 O contexto agroindustrial no oeste catarinense	101
3.2 A intensificação do trabalho no setor agroindustrial	105
3.3 Os tempos de trabalho nas indústrias de alimentos	115
3.4 O contexto sociolaboral	121

3.5 Gestão dos riscos no contexto laboral	132
---	-----

Capítulo 4: A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS	145
---	------------

4.1 O obscurecimento da dor	145
-----------------------------------	-----

4.1.1 “Era como se a dor estivesse amortecida, então a dor não passa, é uma dor que não passa nunca”: a medicamentalização da dor	151
---	-----

4.1.2 A doença invisibilizada: a função dos exames complementares na produção do cuidado	161
--	-----

4.1.3 Outras práticas de cuidado relacionadas à dor	169
---	-----

4.2 Os afastamentos do trabalho	174
---------------------------------------	-----

4.2.1 O controle das indústrias em relação aos afastamentos do trabalho	179
---	-----

4.2.2 A busca dos trabalhadores pelo afastamento do trabalho	189
--	-----

4.3 O reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador da agroindústria	199
---	-----

4.4 A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho	211
--	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS	229
-----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	239
--------------------------	------------

APÊNDICES	269
------------------------	------------

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a atenção à saúde dos trabalhadores das indústrias de abate e processamento de carnes, mais conhecidas na região oeste catarinense como agroindústrias¹, tem como pano de fundo a constatação de que havia um grande número de trabalhadores e ex-trabalhadores desse setor que faziam uso frequente dos serviços de saúde. Essa problemática emergiu inicialmente no curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), local em que a pesquisadora leciona. Na ocasião, destacava-se a intensa busca desses trabalhadores por atendimento clínico no Serviço Escola de Psicologia, muitos deles encaminhados pelas próprias indústrias, sendo que as principais dificuldades em saúde identificadas nesse serviço se davam em torno da ideação suicida, síndrome do pânico e depressão.

Outra experiência que confrontou a pesquisadora com essa problemática foi sua participação como representante da Associação dos Psicólogos do Oeste de Santa Catarina (APOSC), na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). A comissão tem como objetivo fiscalizar e discutir as ações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que foi implementado na cidade de Chapecó no ano de 2007.

No contexto das reuniões da CIST, com frequência era posta em debate a grande demanda por assistência dos trabalhadores do setor agroindustrial, tanto no CEREST, que na ocasião realizava esse tipo de atendimento, quanto nas Unidades Básicas de Saúde do município. Nesses serviços, as principais dificuldades em saúde identificadas eram aquelas relacionadas à presença das Lesões por Esforços Repetitivos também denominadas Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho² (LER/DORT).

As LER/DORT, segundo Assunção e Vilela (2009), dizem respeito a um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do aparelho locomotor, cuja principal característica é a dor

¹ Neste trabalho, optou-se pelas duas denominações com ênfase na expressão agroindústria, em função dessa ser amplamente difundida na região em que foi realizado o estudo. Os termos indústrias de alimentos e Indústrias de Abate e Processamento de Carnes também serão utilizados por serem formas utilizadas pela Comissão Nacional de Classificação (CNAE). Disponível em http://www.cnae.ibge.gov.br/divisao.asp?coddivisao=10&CodSecao=C&TabelaBusca=CNAE_200@CNAE%202.0@0@cnae@0. Acessado em 01 de maio de 2012.

² Optou-se neste trabalho por manter ambas as nomenclaturas, a fim de abrigar os diferentes estudos citados acerca do tema. No entanto, vale destacar que existem discussões na literatura que as diferenciam, como aponta Alves (2004).

musculoesquelética crônica. Ainda segundo os autores, essas doenças lideram as estatísticas de doenças profissionais nos países industrializados, sendo que no Brasil, no ano de 2007 as LER/DORT foram a segunda principal causa de concessão de auxílios-doença pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (Todeschini & Lino, 2010). A relação entre as atividades em linhas de produção como as das agroindústrias e as LER/DORT já são amplamente reconhecidas e estudadas³, assim como a manifestação dessas doenças especificamente nos trabalhadores das indústrias de abate e processamento de carnes⁴, devido aos riscos laborais desse contexto.

A organização do trabalho nesse setor está pautada no modelo taylorista fordista, apresentando também algumas características do modelo japonês, sendo caracterizada por funções altamente rotinizadas e repetitivas, intenso ritmo de trabalho e inúmeras formas de vigilância e controle do trabalhador. Em função das dificuldades desses contextos laborais, bem como do reconhecimento dos agravos à saúde que provocam nos trabalhadores, vem sendo posta em debate a necessidade de uma maior regulamentação do trabalho nesse setor. Isso pode ser observado na proposta de minuta de Nota Técnica (Ministério do Trabalho e Emprego, 2004) e, mais recentemente, na minuta de Norma Regulamentadora (NR) (Ministério do Trabalho e Emprego, 2011a), documentos que reconhecem diversos riscos específicos das atividades dessas indústrias de alimentos, e propõem formas de controle e eliminação dos mesmos.

Apesar das iniciativas do poder público a fim de melhorar as condições de trabalho nas agroindústrias, a participação da pesquisadora na CIST evidenciou numerosos problemas da rede de saúde na região e as dificuldades para a implementação das ações propostas por meio da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (Brasil, 2005). A implementação dessa política tem como base a inserção efetiva das ações voltadas à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a atenção básica é uma política prioritária, por estar inserida no local em que as pessoas vivem e

³ Como exemplos de estudos que estabelecem esta relação se pode citar Codo e Almeida (1995), Ghisleni e Merlo (2005), Picoloto e Silveira (2008), Assunção e Vilela (2009) Fernandes, Assunção e Carvalho (2010).

⁴ Sato e Lacaz (2000), Brasil/OPAS (2001), Neli (2006), Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009), Araújo e Gosling (2008), Serranheira, Uva e Espírito-Santo (2009), Sardá Júnior, Kupek e Cruz (2009), Sardá Júnior, J. J.; Kupek, E.; Cruz, R.; Bartilotti, C. e Cherem, A. (2009), Santos (2011), Ministério do Trabalho e Emprego (2011a).

trabalham. Além disso, esse nível de atenção se caracteriza por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, potencializando ações de assistência, vigilância, informação, atividades educativas e controle social (Brasil, 2006a).

No entanto, a proximidade com os serviços de saúde da região apontava que a noção de saúde do trabalhador ainda não havia sido incorporada pela atenção básica e os serviços que serviam como referência a esta. Nesse sentido, se evidenciava a dificuldade de contemplar, de forma adequada, a dimensão do trabalho na vida dos sujeitos e sua relação com os processos de saúde e doença, bem como de dar os encaminhamentos adequados devido à falta de estrutura e de clareza quanto aos fluxos de atendimento dos serviços. Também se observava o protagonismo das instâncias não estatais como as indústrias e os serviços privados de saúde na produção da atenção à saúde desses trabalhadores.

É importante destacar que o município de Chapecó é considerado a capital brasileira da agroindústria, já que ele é sede de empresas líderes no mercado nacional de carne de aves e suínos, como Brasil Foods e Aurora Alimentos. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009, aproximadamente 18% da força de trabalho ocupada do município está empregada nas indústrias de abate e processamento de carnes. Essa informação acena para a importância econômica desse setor produtivo na região estudada, bem como para o número de usuários do sistema de saúde vinculados ao setor.

A partir da problemática mencionada se buscou compreender o que acontecia no encontro entre os trabalhadores do setor e os serviços de saúde da região, a fim de dar visibilidade ao papel desses últimos na produção da saúde e/ou do adoecimento dos trabalhadores. Nesse sentido, emergiram problematizações em torno de quais as relações entre o trabalho realizado nas linhas de produção das agroindústrias e as queixas apresentadas pelos trabalhadores nos serviços de saúde públicos e privados. Também da necessidade de identificar a trajetória que esses trabalhadores realizavam pela rede de saúde ante os agravos relacionados ao trabalho, já que aparentemente o uso dos serviços era marcado por longas peregrinações desses usuários. Ainda se colocava a questão de compreender quais ações eram desenvolvidas nos serviços diante das queixas apresentadas por esses trabalhadores.

A fim de responder as questões propostas, este trabalho traçou como **objetivo geral**: Compreender como se produz a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias no oeste do Estado de Santa

Catarina. Já os **objetivos específicos** delineados foram: 1) identificar as relações entre a atividade produtiva nas agroindústrias e a saúde dos trabalhadores; 2) investigar como se constituem as demandas desses trabalhadores nos serviços de saúde públicos e privados; 3) analisar as ações que se realizam na rede de saúde em torno das demandas desses trabalhadores; 4) mapear o percurso que esses trabalhadores fazem na busca de assistência.

Para subsidiar as discussões em torno dos objetivos propostos anteriormente partir-se-á do entendimento da saúde como um fenômeno complexo e multifacetado, na direção do que aponta Morin (2011). Tendo essa perspectiva como pano de fundo, tomou-se como base a sobreposição entre nas noções de saúde e normalidade que perpassam o campo da saúde de modo geral, e da saúde do trabalhador de modo particular. Nesse sentido, o conceito de saúde é permeado por duas dimensões em tensão constante, sendo uma referente ao estado de saúde de indivíduos e coletivos, e outra referente às normatizações no campo da saúde que objetivam o governo da vida.

Com relação à estrutura desta tese, a mesma é composta por quatro capítulos, que ao abordar temas articulados entre si, buscam responder aos objetivos anteriormente propostos. No primeiro deles, intitulado “A saúde do trabalhador no âmbito das políticas de saúde”, procura-se delinear a noção de saúde, tendo como base os constructos teóricos em torno da epistemologia da saúde de Canguihem e da Biopolítica de Foucault. Ainda no primeiro capítulo, é retomado o processo de constituição do campo da saúde do trabalhador no Brasil, o qual deve orientar as ações no âmbito do SUS, tendo como norte os princípios e diretrizes desse, como a integralidade e a humanização. Por fim, descreve-se a organização da atenção à saúde do trabalhador na rede de saúde, destacando os principais serviços, ações e fluxos que a compõe.

O segundo capítulo delinea o percurso da pesquisa, destacando as ferramentas teórico-metodológicas que guiaram sua realização e a organização dos resultados. Nesse sentido, o processo investigativo teve como norte a perspectiva da pesquisa qualitativa, e a análise das informações foi realizada com base na *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 2008). Os principais instrumentos utilizados para a realização da pesquisa foram a observação participante registrada em diário de campo, entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores das agroindústrias e profissionais de saúde e, pesquisa documental aos prontuários de saúde dos trabalhadores usuários da atenção básica.

Já o terceiro capítulo, cujo título é “Contexto de trabalho e saúde dos trabalhadores das agroindústrias”, trata das condições de trabalho no setor agroindustrial, que se destacaram por meio das entrevistas realizadas com os trabalhadores e os profissionais de saúde. Nesse capítulo, deu-se ênfase às temáticas em torno da intensificação do trabalho, dos tempos de trabalho, das relações sociolaborais e da gestão dos riscos nesses contextos. Essas temáticas se mostraram relacionadas às dificuldades em saúde que acometem os trabalhadores do setor, as quais produzem demandas aos serviços de saúde da região, especialmente no campo da assistência.

O quarto e último capítulo aborda como é realizada a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias na região em que foi realizado o estudo. Nesse, são abordadas as ações técnico-assistenciais que conduzem ao obscurecimento da dor destes trabalhadores, como a medicamentação, a realização de exames complementares e fisioterapia. Também foram discutidos os conflitos e disputas que se dão em torno dos afastamentos do trabalho e do reconhecimento do caráter acidentário dos agravos que acometem os trabalhadores do setor. Por fim, foi abordada como se dá a atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no acesso desses trabalhadores aos serviços de saúde, o que foi realizado por meio do acompanhamento do percurso de dois trabalhadores pela rede de saúde.

A partir das discussões realizadas, espera-se que esta tese possa ajudar a subsidiar as discussões que vêm sendo realizadas para regulamentar o trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes, ao colocar em pauta a importância da atenção à saúde realizada, para a saúde e o adoecimento desta categoria profissional. Almeja-se também que seus resultados possam evidenciar os impactos desse setor produtivo para a rede pública de saúde de Chapecó e região, a fim de apontar a necessidade de ampliar as ações de vigilância e de constituir e fortalecer as formas de controle social. Por fim, busca-se também contribuir com a construção de outras ações voltadas ao campo saúde do trabalhador no âmbito da rede pública de saúde da região, ao problematizar seus limites e vislumbrar suas possibilidades de produção de saúde.

Capítulo 1: A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

1.1 Saúde: possibilidades e limites de um conceito

A noção de saúde, que serve como alicerce das políticas no Campo da Saúde e que deve nortear a prática dos profissionais que nesse atuam, apesar de largamente utilizada, mostrou-se ser de difícil conceitualização. Como apontam Coelho e Almeida Filho (2003), isso se dá devido à abrangência e à dinamicidade desse conceito, ao que poderíamos acrescentar a coexistência de distintos constructos teóricos que servem de referência às discussões e ações que perpassam o campo da saúde. De acordo com Sabroza (2001), a categoria saúde pertence ao grupo de conceitos denominados como imprecisos, os quais têm como característica serem “... definidos a partir de questões centrais ou atratores, e de sua interação com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico” (Sabroza, 2001, p. 4).

Complexa por excelência, a noção de saúde se constrói a partir da interrelação entre as dimensões social, política, cultural, subjetiva, biológica, entre outras, o que implica necessariamente extrapolar as barreiras disciplinares a fim de compreender uma multiplicidade de fenômenos em que “... o universo de análise não é psicológico, sociológico, econômico, antropológico. É tudo isto ao mesmo tempo e não saberemos nunca em que território estaremos em cada momento. [...] O objeto é mesmo inter, multi, transdisciplinar” (Codo, 2002, p. 185). Assim, discutir a saúde como um fenômeno multidimensional será o exercício que se buscará fazer neste estudo que objetiva compreender como se produz a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias no oeste catarinense. Isso não implica em esgotar todas as possíveis dimensões de análise desse tema, mas, como diz Morin (1993) pressupõe ocultar o menos possível a complexidade do fenômeno estudado.

A perspectiva da complexidade desafia o pesquisador a dialogar com diferentes áreas do conhecimento e a transitar por várias disciplinas. Esse é um exercício difícil, mas também necessário, na busca de superar a perspectiva cartesiana que esquarteja o objeto, isola variáveis, para estudar cada parte separadamente. Essa perspectiva da ciência busca apreender a realidade em um sistema coerente, em que aquilo que se contradiz é afastado, posto de lado ou visto como ilusão. Essa perspectiva está na base do modelo biomédico, o qual ainda

domina as práticas no Campo da Saúde. A definição moderna de corpo, segundo Le Breton (2006), está atrelada à separação do homem de si mesmo, do outro e do cosmos, e a medicina atual surge dessa fragmentação.

É importante destacar que a forma de compreensão dos processos de saúde e doença a partir do ser humano como um todo e não de partes de seu organismo, já está colocada desde a Grécia antiga (Hipócrates, 1959). Nesse sentido, Tesser e Luz (2008) apontam que diferente da racionalidade biomédica, a noção de complexidade e integralidade em saúde está posta para outras racionalidades como a medicina tradicional chinesa ou a homeopatia. No entanto, as práticas de saúde vinculadas a estas ainda são periféricas no campo da saúde nos países ocidentais.

O enfrentamento a esta noção fragmentada do modelo biomédico é algo que já está posto nas diretrizes que orientam os sistemas de saúde de modo geral. Desde 1948, por meio da carta de princípios da então recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é assumida como direito humano fundamental e como dever dos Estados. No referido documento define-se um conceito de saúde que desde então serve de referência universal para a construção das políticas que orientam a atuação dos Estados-Nação em relação à saúde dos seus cidadãos e que pautam os debates que se realizam neste campo. A saúde é assim definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidades, e a orientação é de que as ações neste campo devem convergir para a busca do máximo grau de saúde que se possa conseguir (OMS, 2006).

No Brasil, os princípios da OMS são incorporados na constituição de 1988, a qual diz no artigo 196, que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, s/p).

A regulamentação do direito anunciado na constituição se dá por meio da lei n. 8.080 de 1990, a qual cria o Sistema Único de Saúde. Essa traz em seu artigo 3º que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990, p. 01). Nesse sentido, a referida lei aponta que todas as ações voltadas à

garantia das pessoas e da coletividade de condições de bem-estar físico, mental e social dizem respeito à saúde.

O conceito ampliado de saúde da OMS e os seus desdobramentos no SUS apresentam avanços indiscutíveis ao apontar para a complexidade do tema saúde, bem como por introduzirem a relação entre condições de vida e saúde, o que implica a necessidade de melhorar as condições concretas de vida da população. No entanto, também dão margem a inúmeras críticas, entre as quais se pode destacar que o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social é inalcançável e, portanto, utópico, que sua falta de objetividade por operar com o conceito de bem-estar torna difícil sua utilização pelos serviços de saúde, ou ainda, que seja um conceito que permite abusos por parte do Estado, legitimando estratégias de controle e exclusão mais amplas em relação àquilo que é considerado perigoso ou indesejável (Scliar, 2007; Caponi, 1997).

Sem querer esgotar a discussão acerca das potencialidades e limites do conceito ampliado de saúde, é necessário apontar que ele produz desdobramentos importantes no campo da saúde em geral e da saúde do trabalhador em particular. Nesse sentido, apontam Baroni, Vargas e Caponi (2010, p. 71),

aceitar um determinado conceito ou ideia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais, e implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população.

Assim, definir o conceito de saúde como central em um trabalho implica, por um lado, lidar com o risco de sua imprecisão, mas por outro, assumir a sua multidimensionalidade e complexidade. Seguindo o rastro teórico do que aponta Canguilhem (2005), aqui se buscará compreender a saúde a partir de duas dimensões de análise principais, que seriam a saúde como um estado e a saúde como norma, tendo em vista que a Atenção à Saúde produzida nos serviços de saúde, foco de estudo deste trabalho, é atravessada pela tensão constante entre estas duas dimensões.

A primeira dimensão aponta ao plano do sujeito singular ou coletivo, a qual implica processos de saúde-doença em que interatuam aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Nesta dimensão, a saúde é compreendida enquanto a capacidade do sujeito para lidar com as adversidades do meio sendo normativo. Já a segunda dimensão se refere à saúde como norma, que perpassa a gestão da vida através dos

mecanismos de regulação e controle social que visam disciplinar o corpo e as populações.

As duas dimensões mencionadas apresentam fronteiras imprecisas, pontos de aproximação e afastamento, o que indica a complexidade inerente ao conceito de saúde. O arcabouço teórico que servirá de subsídio para compreender a saúde do trabalhador nesta pesquisa tem a teoria da complexidade como pano de fundo, e o diálogo entre os conhecimentos produzidos no campo da epistemologia da saúde de Canguilhem e da Biopolítica de Foucault.

Em relação ao diálogo que se propõe a partir da realidade estudada, vale ressaltar que a formação disciplinar, a falta de pontes de diálogo entre as áreas do conhecimento e as diferenças inconciliáveis das distintas teorias que produzem a contradição são desafios que se colocam ao pensamento complexo. No entanto, esse assume a contradição de um modo que a sua presença não inviabiliza o diálogo, pois Morin (2007) traz que a complexidade existe justamente onde não se pode superar uma contradição. Assim, “na visão complexa, quando se chega por vias empírico-rationais a contradições, isto não significa um erro, mas o atingir de uma camada profunda de realidade que, justamente por ser profunda, não encontra tradução em nossa lógica” (Morin, 2007, p. 68). Isso significa admitir a impossibilidade de apreender a totalidade da realidade, de conceber uma ordem absoluta, mas também admitir a existência de alguma coisa de lógico, de possibilidades de apreender dimensões dessa realidade.

1.1.1 O conceito de saúde na epistemologia de Canguilhem

Na busca por confrontar a tradição mecanicista e biologicista, Canguilhem (2002; 2005) vai delinear uma epistemologia do conceito de saúde, para o que tece uma discussão a partir da oposição entre as noções de normal e patológico na história das ciências biomédicas. O referido autor traz que no modelo biomédico ocorre uma superposição entre os conceitos de saúde e normalidade, em que a normalidade equivale à noção de norma. Nesse sentido, a norma é compreendida como a média estatística, frequência esperada de padrões fisiológicos e comportamentos que indiquem adaptação e equilíbrio em relação ao ambiente.

A norma se refere ainda a uma valoração daquilo que é desejável em uma determinada sociedade, como aponta Nordenfeld (2000). A anomalia, assim,

... está associada à diferença, à variabilidade de valor negativo, num sentido ao mesmo tempo vital e social. É aquilo que uma sociedade considera como jurídica e medicamente perigoso, [...] que representa, ao mesmo tempo, desvio da média e ameaça às normas (Canguilhem, 2005, p. 204).

O lugar privilegiado da norma na definição de saúde acompanha o rastro das ciências positivistas e a teoria moderna sobre a doença, a qual busca evidências empíricas e mensuráveis que a retratem de maneira objetiva. Na busca por afastar a necessidade de juízo de valor na avaliação das doenças, essas são agrupadas em sistemas classificatórios a partir dos sintomas de base biológica e são excluídas as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da compreensão de seu processo.

Nesse sentido, Batistella (2007) aponta que o pensamento médico emergente passa a ser sustentado por valores como intervenção, especificidade e localização, sendo direcionado ao corpo físico individual, o qual é cada vez mais fragmentado e alvo do conhecimento especializado. “Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo [...], das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia” (Batistella, 2007, p. 53). Nesse contexto, a discussão acerca da saúde é secundarizada em detrimento da doença, que se torna a base do modelo biomédico.

Canguilhem (2002; 2005) propõe uma inversão no que se compreende como normal, trazendo que esse não pode ser entendido como constância ou frequência estatística, mas justamente pelo seu oposto. Nessa perspectiva, como aponta Portocarrero (2009), aquilo que caracterizava a normalidade, na epistemologia da saúde de Canguilhem, caracteriza a doença. Nesse sentido, o normal não pode ser definido por uma relação harmoniosa com o meio, que é sempre variável, adverso. “A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação [...] com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas” (Canguilhem, 2002, p. 160).

A saúde representaria nesse contexto a capacidade de lidar com as adversidades do meio, de criar novos modos de vida, de adaptar-se a novas realidades, de ser normativo. Assim, ser saudável é ser capaz de tolerar as infrações da norma habitual e em situações novas instituir novas normas. “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é

sentida privativamente e não positivamente” (Canguilhem, 2002, p. 109).

A saúde se define, assim, pela margem de segurança e abertura ao risco, sendo que uma saúde deficiente implicaria necessariamente a limitação desta margem de segurança e da possibilidade de tolerância às dificuldades do meio. Isso não exclui a possibilidade de ficar enfermo, mas a capacidade de poder recuperar-se. “O homem dito são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde” (Canguilhem, 2002, p. 261). No entanto, o processo de adoecimento somente ocorre quando há um “... sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (Canguilhem, 2002, p. 106).

A noção de que é o sofrimento que configura o adoecimento merece destaque, pois traz à cena a dimensão afetiva da pessoa, conferindo a ela o estatuto de sujeito. Como diz Dantas (2009, p. 75), o sofrimento psíquico induz ao trabalho de apropriação subjetiva de um evento ainda desconhecido pelo sujeito, cujo sentido é uma maneira de reconhecimento da existência de sua vida psíquica, isto é, uma forma de não se reduzir a pessoa a dimensão de um corpo que sofre [...]. O reconhecimento da íntima relação entre o somático e o psíquico indica a qualidade da experiência da dor e a do vivido do sofrimento.

Compreende-se que a manifestação de um sofrimento por si só não indica necessariamente um processo de adoecimento, mas seguindo a lógica que aponta Canguilhem, pode fazer parte do processo normativo que pressupõe enfrentamento das adversidades e instauração de novas formas de ser. Isso não se dá sem algum nível de sofrimento ou desconforto psíquico; no entanto, quando o estado de sofrimento se torna norma rígida ele pode produzir o adoecimento. Assim, o sofrimento psíquico no adoecimento como diz Dantas (2009), implica nas noções de duração e de compromisso. Nesse sentido, ao falar dos processos de saúde e doença é impossível evitar referências como dor, sofrimento e prazer, o que remete necessariamente à vivência subjetiva e singular desses processos.

A dimensão subjetiva na experiência da enfermidade introduz a noção de corpo subjetivo na teoria de Canguilhem (2002), o qual se refere justamente ao caráter de experimentação que esse estado pressupõe. O corpo subjetivo é inacessível ao profissional de saúde de maneira objetiva, assim, como diz Caponi (2009, p. 536), “não podemos

deixar de falar em primeira pessoa ali onde o discurso médico teima em falar em terceira pessoa”. Isso faz com que Canguilhem (2002) defenda que o conceito de saúde não possa ser considerado científico, mas sim vulgar, no sentido de que é acessível a todos, já que ninguém melhor que o sujeito pode falar de sua própria saúde.

Estudos como os de Alves (1997), Baroni, Vargas e Caponi (2010) e Brant e Minayo-Gomez (2004) apontam para a experiência da enfermidade como uma realidade que ao mesmo tempo em que é subjetiva, singular, é também intersubjetiva na medida em que sua expressão e modos de significação pelo doente são resultado da relação desse com o contexto social, e que a doença precisa do reconhecimento social para legitimar-se e visibilizar-se. Assim, como diz Canguilhem (2002), não existe patologia em si, esta só pode se configurar na relação.

A saúde e o adoecimento pressupõem, como afirma Caponi (2009), uma diferença qualitativa substancial entre os dois estados, não podendo ser reduzido a uma variação quantitativa. O processo de adoecimento implica um estado geral do sujeito que extrapola a condição de órgãos ou funções específicas. Assim, Canguilhem (2002, p. 183) aponta que “procurou-se no tecido ou na célula a solução de um problema levantado pelo organismo inteiro e que se apresenta primeiro para o doente, e, em seguida, para o clínico”.

Um dos efeitos da associação entre saúde e normalidade na atenção à saúde do trabalhador é que toda a variação da norma imposta é associada ao adoecimento. Assim, “qualquer variação do tipo específico [...] será considerada como uma variação biológica de valor negativo e, conseqüentemente, como algo que deve sofrer uma intervenção curativo-terapêutica” (Caponi, 2009, p. 535). É a dimensão da saúde como norma, a qual está relacionada ao controle da vida, que possibilita a aproximação desta epistemologia da saúde com a noção de biopolítica, que explora a dimensão da normatização e seus efeitos na sociedade contemporânea.

1.1.2 Saúde e biopolítica

O conceito de biopolítica foi desenvolvido por Foucault⁵ no período de 1974 a 1979, como forma de entender as mudanças nas estratégias de poder para controle dos indivíduos a partir da modernidade. Com esse conceito, o autor discute como a “vida”, e não o

⁵ Este conceito é desenvolvido nas obras “*O nascimento da biopolítica*” (Foucault, 2008a) e “*Segurança, Território e População*” (Foucault, 2008b).

“vivente”, assume o protagonismo das novas lutas políticas e estratégias econômicas contemporâneas. O conceito de biopolítica vai ser retomado e desenvolvido posteriormente por autores como Espósito (2004) e Agamben (2001, 2002, 2008), sendo que atualmente as discussões em torno desse tema têm sido aproximadas também dos escritos de Hannah Arendt, que apesar de nunca ter empregado o termo desenvolve uma teoria acerca do governo da vida (Fassin, 2006).

Arendt (2004) aponta que a era moderna sustenta-se na inversão produzida pelo pensamento cristão de que a vida individual, a qual é elevada à condição de vida imortal, e não mais o mundo como era na antiguidade, é o bem supremo do homem. No entanto, com a dúvida cartesiana que é a base da ciência moderna, a vida volta a ser mortal e o mundo passa a ser menos permanente e confiável do que fora na era cristã. “Agora, a única coisa que podia ser potencialmente imortal, tão imortal quanto fora o corpo político na antiguidade ou a vida individual na Idade Média, era a própria vida, isto é, o processo vital, possivelmente eterno, da espécie humana” (Arendt, 2004, p. 334).

Nesse contexto, “a vida, o corpo, a saúde, as necessidades, a reprodução, que antes faziam parte da esfera pré-política, transformam-se nas questões políticas por excelência” (Caponi, 2009, p. 533). Como consequências desse processo desenvolvem-se diversas estratégias para realizar a gestão da vida, as quais têm na política seu dispositivo de ação comum e no Estado de direito seu mediador.

Foucault (2008b) aponta que o sistema de poder anterior ao Século XVIII tinha se desenvolvido a partir da dominação e demarcação territorial pelo soberano, que detinha o direito de morte e poder sobre a vida de seus súditos em prol de sua defesa e sobrevivência como tal. Nesse período histórico, o poder era exercido como direito de apreensão das coisas, dos corpos e da vida. Mas a partir do Século XVII começa a produzir-se um deslocamento e transformação desse poder, cujo objetivo agora não é destruir a vida, mas gerir a vida. Ele agora não tem mais o soberano como referência, mas o próprio corpo social representado pela figura do Estado e seu dever de garantir, manter e desenvolver a vida (Foucault, 2005).

O governo vai se exercer a partir do século XVIII não sobre a multiplicidade dos indivíduos, mas sobre a população, a qual representa aquilo que permite capturar os diferentes indivíduos no que eles têm de comum, de generalizável, permitindo o seu controle. Segundo Foucault (2008b), a guerra que se trava a partir desse

momento se dirige aos perigos que emergem no próprio corpo social, em nome da “segurança” dessa população. Para que se possa administrá-la, cada indivíduo precisa se comportar como um membro dela, o que é regulado pelo contrato social.

Isso marca segundo Foucault (2008b), uma diferença na forma como se concebe e se exerce o poder sobre a população, entre o governo do soberano e do Estado. A população para ambos está na base da riqueza e do poder, mas para o soberano, assim como para os mercantilistas ela é vista como súditos de uma vontade submissa em relação ao soberano. Já para os fisiocratas e economistas dos Séculos XVIII e XIX o governo da população é algo bem mais complexo que da ordem da obediência e da recusa da obediência ou da revolta. Ele envolve a dimensão do desejo

o jogo [...] espontâneo e, ao mesmo tempo, regrado do desejo permitirá de fato a produção de um interesse coletivo pelo jogo do desejo: é o que marca ao mesmo tempo a naturalidade da população e a artificialidade possível dos meios criados para geri-la (Foucault, 2008a, p. 95).

Para Foucault isso indica a matriz da filosofia utilitarista na economia política, a qual vai considerar para além do cômputo das riquezas, ou melhor, estabelecer a relação deste cômputo com essa dimensão chamada população. “A população é, portanto, tudo o que vai se estender do arraigamento biológico pela espécie à superfície de contato oferecida pelo público” (Foucault, 2008b, p. 99). Isso compreende considerar no seu governo tanto sua dimensão biológica quanto subjetiva que implica suas dúvidas, preconceitos, medos, desejos etc. E este governo da vida representado pela biopolítica não é operado somente por um único bloco de poder. De acordo com Rabinow e Rose (2006), apesar de nascer atrelada a empreendimentos regulatórios do Estado, posteriormente proliferaram-se outras formas de regulação não estatais que entram em conexão ou em choque com o poder estatal, das quais são exemplo as instituições médicas, os fundos de bem-estar, entre outras.

Ao passo que a vida biológica torna-se o centro da vida política, ocorre, segundo Foucault (2008a), certa animalização do homem, que é viabilizada pelos dispositivos políticos, e segundo Arendt (2004) resulta para a sociedade moderna, na decadência do espaço público. Nesse sentido, um desdobramento importante é o condicionamento da ética à norma e ao direito, sendo que Agamben (2008) aponta que o objetivo final do direito é o julgamento, e não o

estabelecimento da verdade ou da justiça e, nesse caso, a sentença substitui ambos.

O campo da ética; no entanto, não se refere a assumir culpas ou responsabilidades, na medida em que isso remete ao campo do direito, ela é, como sabia Spinoza, a doutrina da vida feliz, ou como diz Foucault, a prática refletida da liberdade (Foucault, 2006). Nesse contexto a ética passa a ser confundida com a execução da lei, imperando um legalismo que regula as relações, por exemplo, entre o médico e o paciente, entre o trabalhador e a fábrica.

A norma regulamentada pelo direito é fundamental para o exercício do biopoder, já que “o elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana é a norma” (Foucault, 1994, p. 181). E esta norma é estabelecida pela média estatística, como afirma Canguilhem (2002), cujo desvio representa perigo e deve ser combatido.

A biopolítica é permeada assim por dois polos distintos, mas, interdependentes, que participam da normatização da vida. Um centrado sobre o corpo-máquina, outro centrado no corpo-espécie (Fassin, 2006). O corpo-máquina, como objeto do poder, é orientado ao “... seu treinamento, o aperfeiçoamento de suas aptidões, a extorsão de suas forças, o crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, sua integração a sistemas de controle eficazes e econômicos, assegurados por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas” (p. 183).

O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e gestão de sua força, são fundamentais na nova racionalidade econômica e seu sistema capitalista. Nesse sentido, segundo Caponi (2009, p. 532), há “uma preocupação política por maximizar o vigor e a saúde das populações” que constituem a força de trabalho que viabiliza o modelo econômico. Para isso, a atuação do Estado sobre a população, segundo Assmann, Pich, Gomes e Vaz (2007), se servirá de diferentes dispositivos como os de caráter pedagógico, sexual, clínico e penal, a fim de ampliar suas possibilidades de intervenção.

No outro polo está a gestão calculista da vida que se centra no corpo-espécie, sendo esse o suporte dos processos biológicos como o nascimento e a mortalidade, o nível da saúde, a duração da vida. A grande tecnologia de poder da modernidade vai ser implementada por instituições como a família, a escola, a polícia e a medicina, investindo sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar, de morar etc., distribuindo-se por toda a sociedade. Nesse contexto, o corpo torna-se

uma realidade biopolítica, já que “... o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista” (Foucault, 1999a, p. 82).

No governo da vida discutido na biopolítica, a relação entre política e saúde⁶ tem como um dos principais dispositivos o poder medical e a medicalização (Neto & Caponi, 2009). Nesse sentido a regulamentação da saúde da população é assumida pelo Estado, e o médico desempenha um papel político importante, na medida em que ele instrumentaliza o poder medical. “A medicina social, a medicina de Estado, a medicina urbana, a higiene pública, a medicalização intensa e compulsória da vida, se tornam estratégias para o controle social” (Farhi Neto, 2008, p. 49). E nesse sentido, o referido autor aponta que o desenvolvimento da medicina a partir do século XVIII está *pari passu* ao desenvolvimento do capitalismo.

No âmbito da medicalização, a medicina e as outras disciplinas associadas passam a regular cada vez mais aspectos da condição humana que assumem a conformação de problemas de saúde passíveis de intervenções curativo-terapêuticas. Isso implica uma redução da autonomia individual, em que se deslegitima o saber, os modos socialmente estabelecidos de lidar com os processos de saúde e doença em nome de um saber poder que produz “verdades” e práticas acerca da doença e agora também da saúde.

O poder medical se faz presente em contextos diversificados, como a escola e a fábrica, em que se desconsideram a doença e a solicitação do paciente. Transformar os corpos em força de trabalho útil ao mercado e fazer com que a saúde se torne um produto comercializável são objetivos e consequências desse processo. Por isso, se observa uma estreita relação entre a constituição desse poder e as ações voltadas à saúde do trabalhador, que serão discutidas em seguida.

Mas se o território da biopolítica implica em compreender as formas contemporâneas de controle da vida, nas relações de poder que se travam no seio desta, reside a possibilidade de resistência e criação, que significam saúde na acepção de Canguilhem (2002). A dinâmica

⁶ Farhi Neto (2008) demarca cinco formulações na noção de biopolítica de Foucault, cada qual correspondente a um mecanismo de poder distinto, sendo eles: o poder medical, o dispositivo de raça, o dispositivo de sexualidade, o dispositivo de segurança e a governamentalidade neoliberal.

das relações de poder está na base das questões que Foucault propõe acerca da biopolítica. Para esse autor, as relações de poder são sempre assimétricas; no entanto, o poder só se exerce sobre sujeitos livres. Quando não há mais possibilidade de escolha, de resistência ou luta, as relações de poder desaparecem e passamos para um estado de dominação, em que ocorre a subjugação do sujeito dominado (Foucault, 1999a).

De acordo com Lazzarato (2000), o desenvolvimento da biopolítica na modernidade não pode ser compreendido como a organização de uma relação de poder unilateral, mas precisa ser lido a partir das noções de liberdade e de resistência presentes nas relações de poder. Nesse sentido, Foucault (2002) aponta a noção de resistência como questão chave das relações de poder, sendo esta superior a todas as demais forças implicadas no processo. Assim, a resistência obriga, pelo seu efeito, a transformar as relações de poder.

Lazzarato (2000) compreende que a noção de poder na obra de Foucault está fundada sobre a potência, a diferença e a autonomia, indicando uma relação de multiplicidades de forças. Assim, os corpos não estão capturados de forma absoluta pelos dispositivos de poder, já que as relações de poder se constituem como jogos estratégicos entre liberdades. O poder é, deste modo, definido como a capacidade de estruturar o campo de ação do outro, de intervir no domínio de suas possíveis ações (Foucault, 2002). “O que eu venho querendo dizer não é que estamos sempre presos, mas pelo contrário, que somos sempre livres. Finalmente, que sempre há possibilidade de transformar as coisas⁷” (Foucault, 1999b, p. 418).

A resistência nesse sentido, não é somente um processo de negação, mas também de criação “criar e recriar, transformar a situação, participar ativamente no processo, isso é resistir” (Foucault, 2002, p. 145). Assim, a análise dos dispositivos de poder deve partir da dinâmica de forças e da liberdade dos sujeitos, das relações de poder e não dos seus efeitos expressos, por exemplo, nos dispositivos de controle biopolíticos.

Na mesma direção, Agamben (2002) acena no contexto da biopolítica com o conceito de potência de vida ou da vida, de ser e não ser, que seria segundo Assmann (2007) uma capacidade de criar, de subverter o que está posto, de profanar o sagrado, ou seja, de exercício

⁷ Tradução da autora.

da liberdade. Espósito (2004) aproxima esse conceito da capacidade normativa descrita por Canguilhem (2002), a qual representa saúde.

Isso seria utilizar o estado de exceção de uma forma positiva, como espaço de criação, em que como o diz Arendt (2004), a política seja possível. Nesse sentido, segundo Espósito (2004), a biopolítica poderia deixar de ser uma política sobre a vida e se transformar em uma política da vida. Isso leva a diferenciar, segundo Assmann *et al* (2007) biopoder de biopolítica, em que o primeiro conceito significa uma vida submissa à política e o segundo uma política em nome da vida, sendo que o primeiro se desenvolve a partir do segundo. Espósito (2004) coloca que isso implicaria não em pensar a vida em função da política, mas pensar a política como parte essencial e intrínseca à própria vida. Assim, é no biopoder que emerge das relações de recusa e desvio ao poder, de resistência e criação, que está a possibilidade de produzir saúde.

1.2 A atenção à saúde do trabalhador

1.2.1 A constituição do campo da saúde do trabalhador

Apesar da relação entre saúde e trabalho já ser observada desde a antiguidade, é com o nascimento do capitalismo industrial que a saúde do trabalhador passa a ser objeto de estudo e intervenção, bem como alvo de ações do Estado por meio de políticas de saúde. Desde a instauração do sistema capitalista, a atenção à saúde do trabalhador vai assumindo conformações diferenciadas no que se refere às suas concepções e práticas, dinamismo que acompanha as transformações no campo da saúde de um modo mais amplo. Nesse sentido, destacam-se três perspectivas principais, que são a medicina do trabalho, a saúde ocupacional e o movimento da saúde do trabalhador.

De acordo com Frias Junior (1999), são comuns desde o início do processo de industrialização os acidentes de trabalho e as doenças na área fabril, como o tifo europeu ou, como ficou conhecido, a “febre das fábricas”. Nesse sentido, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, já reconhecia desde seus primórdios a existência das doenças profissionais. As condições insalubres às quais estavam submetidos os trabalhadores nesse contexto ameaçavam o novo modelo de produção, levando à intervenção no espaço fabril por meio da presença do médico.

Nascia desta forma, a *medicina do trabalho* na condição de especialidade médica, primeiramente na Inglaterra, expandindo-se posteriormente para outros países, paralelamente ao processo de industrialização. A inserção desse profissional nos espaços de trabalho é marcada pelo compromisso com a garantia da produtividade, incluindo entre suas funções contratar trabalhadores com menos possibilidades de adoecimento, controlar o absenteísmo nos trabalhadores já empregados e possibilitar uma intervenção rápida junto aos trabalhadores doentes, a fim de que eles retornassem logo à fábrica (Mendes & Dias, 1991; Dwyer, 2006).

As novas tecnologias de produção e gestão na indústria que ganharam força no início do século XX, como o Taylorismo e o Fordismo, a síntese e utilização de diversos produtos químicos, somadas a outras problemáticas sociais, como o êxodo rural e aglomeração de grandes contingentes de pessoas nas cidades em situação de extrema miséria, modificaram o perfil de adoecimento dos trabalhadores. Nesse contexto se desvelou, segundo Mendes e Dias (1991), a impotência da medicina do trabalho para lidar com os problemas de saúde que então atingiam os trabalhadores. Isso abriu espaço para o surgimento da *saúde ocupacional*, que tem como característica a intervenção sobre o ambiente de trabalho e não mais só sobre o trabalhador. Ela é caracterizada pela agregação de outras disciplinas e profissões ao campo, que era exclusivamente da medicina, como a Ergonomia, a Engenharia e Segurança do Trabalho.

De acordo com Mendes e Dias (1991), a perspectiva da saúde ocupacional no Brasil influenciou entre outros aspectos, na regulamentação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), principalmente no que diz respeito às normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho e na avaliação quantitativa de riscos ambientais. No entanto, vários são os limites destacados no campo da saúde ocupacional, entre os quais sua redução aos contextos laborais e ao trabalhador formal, cujos objetivos continuam atrelados aos interesses da produção. Nesse sentido, esse modelo mantém o referencial da medicina do trabalho embasado no mecanicismo e, na abordagem reducionista herdada do modelo clínico em que o trabalhador é visto como objeto de intervenção e não como sujeito ativo do processo (Mendes & Dias, 1991; Lacaz, 2007).

As ações no âmbito da Saúde Pública nos primórdios do capitalismo industrial foram marcadas por questões como a necessidade da manutenção da força de trabalho e o saneamento dos espaços de

circulação de mercadorias. Assim, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e as ações voltadas à saúde do trabalhador se entrelaçam na medida em que ambas visam à gestão da vida, tendo como objetivo principal viabilizar o modelo econômico emergente (Foucault, 1999a). Nesse sentido, se observa a intrínseca relação entre a medicalização no espaço da fábrica como dispositivo biopolítico, e o desenvolvimento do modelo capitalista.

No Brasil, as primeiras ações do Estado no âmbito da saúde pública remontam ao final do século XIX e início do século XX, tendo ocorrido em torno do combate às doenças endêmicas e epidêmicas como cólera, malária e febre amarela. Essas ações se restringiram a grandes centros, primeiramente em Salvador e Rio de Janeiro, mais tarde em São Paulo e Belo Horizonte e posteriormente no Rio Grande do Sul. Segundo Kleba (2005), um marco para a implantação das políticas de saúde no país foram as ações de Oswaldo Cruz que em 1903 assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, elaborando um plano para combater as principais doenças transmissíveis da época. Essas ações marcaram a introdução do pensamento higienista no país.

O higienismo tem como característica a desinfecção dos lugares e das “classes perigosas”⁸ que neles residiam, por meio de ações com características militares, como a vacinação obrigatória da população, limpeza de espaços públicos e privados e campanhas de informação. As medidas higienizantes, segundo Verdi e Coelho (2005), utilizavam de métodos coercitivos e atingiam as casas, invadiam os quartos e chegavam às pessoas, provocando uma verdadeira higienização social. Os referidos autores denominam esse modelo de sanitarismo higienista campanhista, o qual permaneceu hegemônico até os anos 20, sendo orientado para a resolução dos problemas de saúde que concretamente ameaçavam o novo modelo econômico.

... a emergência das políticas de saúde pública no Brasil, no início do século XX, processou-se no bojo da política republicana de modernização e introdução do país no mundo capitalista. O projeto político do governo pautava-se na necessidade de transformar a imagem de um país atrasado, inculto, sujo e pestilento, que percorria o mundo e afugentava os investimentos estrangeiros. Na base desta questão, a preocupação com o processo produtivo e, por isso, a necessidade de intervir objetivamente sobre grupos sociais e espaços

⁸ A noção de “classes perigosas” se refere às camadas pobres da população que, devido à condição social tornam-se alvo de criminalização e patologização, devendo sujeitar-se aos mecanismos de controle do Estado (Chalhoub, 1996).

econômicos cuja capacidade de trabalho e de produção era fundamental preservar e dinamizar. (Verdi & Coelho, 2005, p. 33).

Paralelamente às práticas higienistas, foram regulamentadas as primeiras leis no campo da seguridade social, em função dos movimentos de trabalhadores e movimento sindical, especialmente influenciado pelos imigrantes europeus. As reivindicações desses movimentos incluíam, de acordo com Kleba (2005), a regulação da jornada de trabalho, a criação de caixas de aposentadoria e pensão, a formulação de leis de proteção ao trabalho materno e infantil.

A Previdência Social foi criada em 1923 por meio da Lei Eloy Chaves, mas beneficiando apenas algumas categorias profissionais mais organizadas. Primeiramente criaram-se Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), organizadas por empresas, em que eram previstas assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, invalidez e idade, bem como pensões para os dependentes. Posteriormente, as CAPS foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), financiados pelo Estado, empresas e trabalhadores. Os IAPS financiavam a prestação de serviços de instituições conveniadas somente aos trabalhadores contribuintes, mas agora por categorias profissionais e não mais por empresas.

Em 1966 os IAP foram concentrados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que equiparou e ampliou os benefícios para diferentes categorias profissionais. Essa unificação, de acordo com Frias Junior (1999), teve como objetivo não só organizar a política de benefícios sociais mas enfraquecer o movimento sindical no país.

A atenção médica da Previdência Social determinou, segundo Chioro e Scaff (1998), a conformação do modelo médico-assistencial privatista na saúde, em que foi adotado o modelo de saúde norte americano, centrado no atendimento hospitalar, de alto custo, com crescimento expansivo do complexo médico-industrial. As políticas de saúde desse período privilegiaram “a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada” (Verdi & Coelho, 2005, p. 46). A atenção à saúde dos trabalhadores constituiu-se em um sistema paralelo de atuação do Estado até o final da década de 1980, voltada apenas ao trabalhador contribuinte, em que atuavam de um lado o Ministério da Previdência e Assistência Social e de outro o Ministério da Saúde.

O cenário acima apontado se transformou através da luta pela Reforma Sanitária. Esta ganhou força especialmente a partir da década de 1970, em que houve o fortalecimento dos movimentos sociais, com

destaque para o Movimento Sindical⁹ e para o Movimento Sanitário¹⁰, tendo também importantes contribuições da Medicina Social Latino-Americana e da Reforma Sanitária Italiana¹¹ (Lacaz & Santos, 2010). No cenário internacional, se destaca nesse período a eclosão de vários movimentos e lutas sociais, que influenciaram decisivamente agências como a OMS, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e OIT, as quais orientam as políticas de saúde do trabalhador no país atualmente.

Foi no bojo da luta pela Reforma Sanitária, envolvendo um amplo leque de saberes, inclusive dos próprios trabalhadores, que se configurou o que hoje se conhece como *campo da saúde do trabalhador*. Essa perspectiva busca romper com aquela adotada pela Saúde Ocupacional e Medicina do trabalho em que o trabalhador é visto de forma passiva e em que o processo saúde e doença é reduzido à linearidades do tipo causa-efeito (Laurel & Noriega, 1989; Lacaz, 2000; Sato, Lacaz & Bernardo, 2006; Seligmann-Silva, 2011).

A perspectiva da saúde do trabalhador se desenvolve assim, no âmbito das políticas de saúde, sendo incorporada como noção norteadora do atual sistema de saúde. Como apontam Sato, Lacaz e Bernardo (2006, p. 283), “trata-se de uma abordagem teórico-metodológica que objetiva o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, por meio de propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de Saúde Pública”.

Esse campo¹² busca valorizar a dimensão subjetiva do trabalhador nos processos de saúde e doença, superando o enfoque que

⁹ Reproduzindo o que ocorreu em outros países, neste período o movimento sindical retornou à cena política realizando inúmeras greves por todo o país, nas quais reivindicava democracia no interior das fábricas e maior participação no controle do trabalho (Sato, Lacaz & Bernardo, 2006).

¹⁰ Coletivo constituído por intelectuais, profissionais da saúde e lideranças políticas do setor saúde, oriundos, em grande parte, do Partido Comunista Brasileiro (PCB), partido político que teve papel de destaque na oposição ao regime autoritário” (Verdi & Coelho, 2005, p. 50).

¹¹ A reforma sanitária nesse país teve como um dos principais protagonistas o Movimento operário italiano, o qual exigia maior participação nas questões de saúde e segurança, o que resultou em mudanças na legislação, tais como a participação das entidades sindicais na fiscalização dos ambientes de trabalho, o direito à informação (riscos, comprometimento ambiental, mudanças tecnológicas) e, finalmente, melhoramento significativo nas condições e relações de trabalho (Frias Junior, 1999). Conquistas semelhantes foram obtidas por trabalhadores de vários outros países como França, Inglaterra, Estados Unidos e Canadá.

¹² Entre as bandeiras que compõem o campo da saúde do trabalhador estão, segundo Oddone, Marri e Gloria (1986), a possibilidade de recusa ao trabalho em situações de risco; o direito à informação sobre a natureza dos riscos e medidas de controle dos riscos, sobre os resultados de exames médicos entre outros; direito à consulta prévia dos empregadores aos trabalhadores sobre mudanças nos processos e organização do trabalho; direito à participação na escolha de tecnologias nos processos de trabalho e outras questões pertinentes aos trabalhadores.

estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico ou a reduz ao processo produtivo. Como afirmam Mendes e Dias (1991, p. 347), a perspectiva da saúde do trabalhador “... representa um esforço de compreensão deste processo – como e por que ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica”.

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) incorporaram as primeiras ações no campo das políticas públicas voltadas a esse novo modelo de atenção à saúde do trabalhador, acontecendo primeiramente em São Paulo, depois se ampliando para outros estados. Essas experiências serviram de base para as discussões feitas na VIII Conferência Nacional de Saúde¹³ realizada em março de 1986, à qual se seguiu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador¹⁴, realizada em dezembro do mesmo ano, já acenando em suas práticas para princípios que iriam nortear o Sistema Único de Saúde. A inovação nesses programas se dá pela articulação entre vigilância e assistência em saúde, pela participação dos sindicatos de trabalhadores e pela ampliação do atendimento aos trabalhadores não segurados pela Previdência Social (Gomez & Lacaz, 2005).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco no processo da Reforma Sanitária brasileira, em que pela primeira vez a população participou diretamente das decisões nesse setor. Suas resoluções vinham ao encontro das orientações da OMS, contemplando aspectos como a saúde como direito fundamental, a unificação dos serviços de saúde e a descentralização da gestão dos mesmos. A Constituição de 1988, conhecida como constituição cidadã, veio a reconhecer as principais reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado e prevendo um sistema de saúde unificado. Em 1990 a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 (Brasil, 1990), regulamentou os princípios constitucionais, criando definitivamente o Sistema Único de Saúde. Esse, de acordo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RESNAST) deve funcionar na perspectiva da saúde do trabalhador (Brasil, 2006a).

¹³ Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>, acessado em 09 de maio de 2012.

¹⁴ Disponível em <<http://www.cntssc.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>>, acessado em 09 de maio de 2012.

1.2.2 Integralidade e produção do cuidado na atenção à saúde do trabalhador

Assumir que o Campo da Saúde do Trabalhador e a atenção à saúde desenvolvida a partir desse têm como norte os princípios e diretrizes do SUS implica admitir a noção de integralidade como elemento fundamental, articulador do sistema de saúde, como apontam Pasini e Guareschi (2010). A lei n. 8.080 define a integralidade na atenção à saúde como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, p. 04).

Na direção do conceito ampliado de saúde o princípio da integralidade se traduz no reconhecimento da complexidade da saúde humana, entendendo esse como fenômeno multideterminado para o qual participam os fatores biológicos, mas também psicológicos, culturais, políticos e históricos entre outros que o compõe. “Nesse sentido, pensar a integralidade é situar o humano na sua condição humana, como ser que vive, que fala, que trabalha, e não exclusivamente em sua condição orgânica” (Bernardes, Pellicoli & Guareschi, 2010, p. 09).

Ao apresentar outra compreensão sobre os processos de saúde e doença, a noção de integralidade redimensiona também os modos de neles intervir. Isso implica superar a fragmentação das atividades no interior dos serviços de saúde, para o que se torna fundamental, como assinala Camargo Júnior (2005), o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

A noção de integralidade traz em si um potencial importante para a produção de saúde, podendo se constituir em resposta política ao poder sobre a vida (Bernardes, Pellicoli & Guareschi, 2010). Isso porque ela traz de volta a consideração do sujeito do processo saúde e doença, na sua alteridade e inacessibilidade, o que implica a abertura ao risco na atenção à saúde, na perspectiva de saúde apontada por Canguilhem (2002). “Risco de uma potência que escapa à capacidade preditiva da ciência. Risco de produção de novas formas de vida” (Canguilhem, 2002, p. 11). Nesse sentido, a atenção à saúde sob o princípio da integralidade, como aponta Pinheiro (2009), tem a dimensão de uma ação social que resulta da interação democrática entre os diferentes atores (usuários, profissionais de saúde) no cotidiano de suas práticas.

É na dimensão relacional dessa interação entre profissional de saúde e usuário, na perspectiva da atenção integral, que se inscreve a noção de cuidado, o qual é, de acordo com Merhy (1999, p. 305), “um dos nós críticos chave dos serviços de saúde”. A referência ao cuidado é feita em diversos documentos¹⁵ que orientam as políticas públicas de saúde, em que se traz esse conceito de forma indissociável da noção de atenção integral à saúde.

Como afirmam Valla e Lacerda (2004), cuidar é parte do cotidiano humano e se refere a um agir de respeito e responsabilização, que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo o acolhimento e a escuta do sujeito. Conforme apontam Franco e Merhy (2011), a produção do cuidado, ao resgatar a dimensão subjetiva e relacional na atenção à saúde, põe um limite às diretrizes normativas que tentam enquadrar as práticas de saúde em fórmulas rigidamente protocolares. Na direção do que é apontado, no âmbito da micropolítica da produção do cuidado constituem-se rupturas, resistências e criação em relação aos modos de controle e gestão da vida.

O cuidado em saúde constitui-se em si mesmo como uma ação integral que se produz nas relações que se estabelecem na atenção à saúde, a qual envolve usuários e profissionais de saúde. Nesse sentido, mais do que uma técnica aplicada em relação ao corpo do outro, diz respeito à relação que sustenta a qualidade desta técnica. “Desse modo, a base de qualquer técnica em saúde é a relação que se estabelece com o outro quando objetivamos o trabalho na saúde a partir de um princípio de integralidade” (Bernardes, Pelliccioli & Guareschi, 2010, p. 09). Na mesma direção, Ayres (2000) aponta que o potencial da dimensão relacional criada na produção do cuidado está justamente na possibilidade de extrapolar a dimensão tecnológica que tende a dominar na atenção à saúde. Nesse sentido, a produção do cuidado

... apoia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a. Estabelece-se a partir e em torno dos universais que ela carrega, mas cobra-lhe os limites. A co-presença "carnal" de um assistente e de um assistido põe inexoravelmente em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência [...] (Ayres, 2000, p. 119).

O cuidado em saúde compreende, como diz Pinheiro (2009), a saúde como direito de ser dos sujeitos que têm necessidades específicas

¹⁵ Brasil (2006a, 2006c, 2006d, 2007).

de acordo com o contexto histórico-social no qual estão inseridos. Nesse sentido, a produção do cuidado precisa assegurar a autonomia ao outro que é o lugar do cuidado, o que inclui a participação desse nas decisões em relação às terapêuticas utilizadas, na negociação e abertura ao saber que esse traz na busca de cuidado. A relação cuidadora também implica acolher, respeitar, constituir vínculo e corresponsabilidade na atenção à saúde da qual fazem parte “... a visão e a escuta do usuário num sentido mais global, em que o sujeito emerge em sua especificidade, mas também como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser alijado” (Junqueira, 2004, p. 784).

A produção do cuidado em saúde pressupõe, como afirmam Franco e Merhy (2009), uma reorganização dos serviços de saúde a partir de processos de trabalho centradas no usuário e não nos procedimentos técnico-instrumentais, que simbolizam a atenção à saúde no modelo biomédico. Nesse sentido, o cuidado implica a apropriação de ferramentas específicas denominadas por Merhy (2007) de tecnologias leves. Essas dizem respeito ao investimento em tecnologias relacionais, como no estabelecimento de relações acolhedoras, capazes de produzir vínculos, reconhecendo nessas um grande potencial para produzir saúde a partir do compromisso com a cura e com a promoção e a proteção.

A Política Nacional de Humanização (PNH) incorpora essas tecnologias relacionais nas políticas de saúde, reconhecendo a importância do cuidado para a produção da saúde. Nesse sentido, entre os princípios norteadores dessa política estão a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão em saúde, o fortalecimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e o protagonismo dos sujeitos e coletivos no campo da saúde (Brasil, 2008a).

As questões apontadas são traduzidas por conceitos como o acolhimento¹⁶, e a noção de clínica ampliada¹⁷, os quais favorecem a

¹⁶ “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão” (Brasil, 2004c, p. 19).

¹⁷ “A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Esse desafio de lidar com os usuários como sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico que é tanto mais importante quanto mais longo for o segmento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do Sujeito no seu projeto terapêutico singular” (Brasil, 2007, p. 4).

construção de relações de confiança e compromisso entre usuários e equipes de saúde, e a produção de alianças éticas em favor da vida. Nesse sentido, o cuidado é reconhecido como central na dimensão da atenção integral em saúde (Brasil, 2008a) e as ações de saúde do trabalhador são espaços privilegiados para a produção do cuidado (Brasil, 2006a).

1.2.3 A organização da atenção à saúde do trabalhador na rede de saúde

Tradicionalmente, a atenção à saúde do trabalhador é desenvolvida em diferentes espaços institucionais, com objetivos e práticas distintas. Os principais são: as empresas, especialmente por meio dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); as organizações de trabalhadores como sindicatos; os planos de saúde privados e outras formas de prestação de serviços, custeados pelos trabalhadores; o Estado, por meio dos serviços de saúde na rede pública (Brasil, 2006a).

Apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam para um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, de acordo com Minayo-Gomez e Thendim-Costa (1997) depara-se, no cotidiano, ainda com a hegemonia dos referenciais teórico-metodológicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Neles predomina uma visão eminentemente biológica e individual, muito voltada para o espaço fabril, especialmente no que diz respeito à atenção realizada na rede privada de saúde. No âmbito dos contextos de trabalho, isso vai se refletir na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida.

No entanto, muitas mudanças vêm sendo propostas no que diz respeito à configuração da atenção à saúde do trabalhador. Nesse sentido, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, que passou a vigorar em 2004, representa um avanço ao definir diretrizes e estratégias, mecanismos de gestão, financiamento e controle social, que orientam as ações intra e intersetoriais voltadas à saúde do trabalhador.

Devido à abrangência de seu campo de ação, as políticas que regulamentam a saúde do trabalhador exigem uma abordagem interdisciplinar, multiprofissional, com a gestão participativa dos trabalhadores. No sentido de articular e estruturar ações neste campo, a PNSST aproximou três ministérios importantes para o mesmo, sendo eles o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social, o que representa um passo importante em direção à intersetorialidade. Já a intrasetorialidade está proposta na medida em que envolve os três níveis de atenção do SUS, sendo eles a atenção básica, média e alta complexidade, e as três esferas de governo, municipal, estadual e federal (Brasil, 2006a).

Entre as diretrizes e estratégias que estão previstas na referida política se destacam: I) Ampliação das ações de Saúde e Segurança, visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde, tendo em vista os segmentos de trabalhadores atualmente excluídos como os trabalhadores informais e desempregados; II) Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador, através da atuação interministerial; III) Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação; IV) Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador, compartilhando sistemas, bases de dados e instrumento e padronizando conceitos e critérios quanto aos riscos e agravos à saúde do trabalhador; V) Reestruturação da formação em saúde e segurança do trabalhador; VI) Promoção da Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em segurança e saúde do trabalhador (Brasil, 2004a). As ações em Saúde do Trabalhador a partir da PNSST são definidas no Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, que por sua vez estabelece as diretrizes para a elaboração de Planos Estaduais e Municipais bianuais.

A principal estratégia para viabilizar a implementação das diretrizes da PNSST, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), é a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada por meio da Portaria GM/MS n. 1.679/2002, sendo revista e ampliada em 2005 através da Portaria GM/MS n. 2.437/2005 e novamente em 2009 com a Portaria GM/MS n. 2.728/2009. A proposta de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de saúde emerge de uma necessidade de romper com a fragmentação e isolamento das ações no campo da saúde do trabalhador, indo ao encontro de uma estratégia mais ampla de organização do sistema de saúde, como aponta Mendes (2008).

De acordo com Leão e Vasconcelos (2011, p. 92), a Renast é definida como “uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde já exercida no SUS”. O esquema apresentado a seguir, proposto pela referida rede, Brasil (2006a) resume o modelo de atenção da Renast.

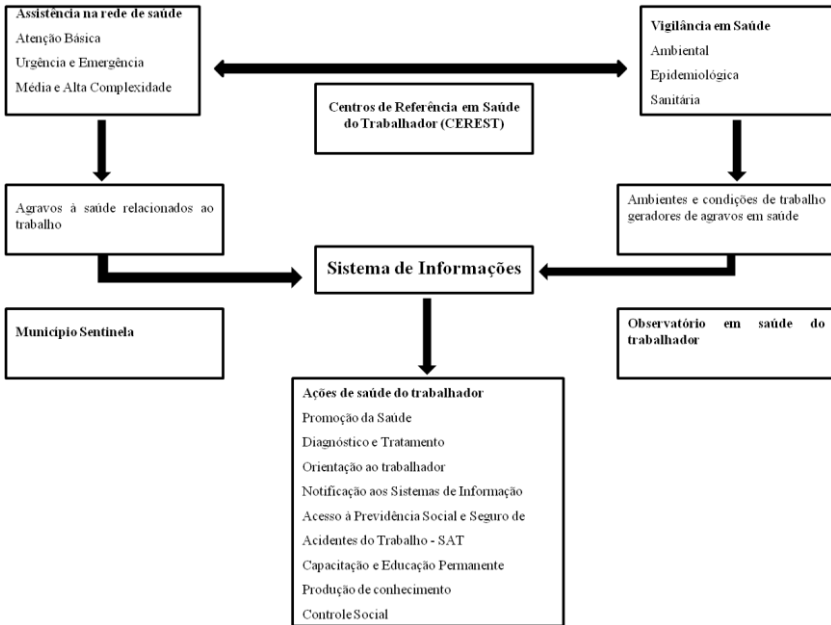


Figura 1: Modelo de atenção Renast, adaptado pela autora de Brasil (2006a).

Como representa a figura, a Renast define ações e fluxos no sistema de saúde a fim de garantir a atenção integral à saúde do trabalhador. Nesse sentido, no eixo central para implementação da Renast estão os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Esses devem ser o lócus de articulação inter e intrasetorial das ações de Saúde do Trabalhador no seu território de abrangência, organizando a rede local de atenção à saúde. Entre as tarefas a serem cumpridas pelo CERESTs a partir da orientação da Renast estariam a função de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores no âmbito de sua área de abrangência (BRASIL, 2006a).

Desde a implementação da PNSST, houve um aumento significativo no número de CEREST no país e, segundo dados da Renast (Brasil, 2006a) existem atualmente 150 CEREST em todo o Brasil. Remetendo-se ao estado de Santa Catarina, esse prevê em seu Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (Silva, Grando & Pinheiro, 2003) um total de seis CEREST, contemplando seis macrorregiões. Até o momento foram implementados quatro CEREST, dentre os quais o da Regional do Extremo Oeste, em 2007, localizado na cidade de Chapecó, o qual é responsável por setenta e seis municípios (Larentes, 2010).

De acordo com Lacaz e Santos (2010), bem como com os textos da III Conferência Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2005), a experiência dos CEREST tem possibilitado avanços no sentido do acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos em relação à saúde do trabalhador. No entanto, esses serviços ainda têm grandes desafios a superar no que diz respeito a promover a articulação inter e intrassetorial, o que tem relação com os mesmos assumirem o papel de organizar as redes locais de saúde como articuladores da política de saúde. Um dos aspectos que influencia para este limite é esses serviços ainda centrarem-se na realização de assistência, "... se configurando mais como centros de especialidades em doenças relacionadas ao trabalho, do que em referência para a saúde do trabalhador" (Lacaz & Santos, 2010, p. 10), o que contribui para manter a área à margem das políticas de saúde do SUS (Leão & Vasconcellos, 2011).

O atendimento aos agravos em saúde do trabalhador pode acontecer nos três níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade, nos serviços de urgência e emergência), prevendo a referência e contrarreferência para níveis mais complexos de atenção, devendo também alimentar o sistema de informações a fim de possibilitar ações de vigilância e indicadores para planejamento das políticas de saúde. Em relação aos níveis de atenção em saúde, a atenção básica¹⁸ é destacada como espaço privilegiado para a implementar ações de Saúde do Trabalhador no SUS (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Leão & Vasconcellos, 2011). Nesse sentido, vale destacar que o Pacto pela Saúde de 2006 propõe o rearranjo do modelo de atenção, definindo a Atenção Básica como eixo ordenador das diferentes redes de atenção à saúde do SUS (Brasil, 2006c).

¹⁸ De acordo com Mello, Fontanella e Dermazo (2009), há uma frequente discussão em relação à nomenclatura utilizada para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, como Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde, as quais frequentemente são utilizadas como sinônimos. Neste trabalho será adotada a expressão Atenção Básica por ser esta adotada pelo Ministério da Saúde nos documentos oficiais.

De acordo com a OPAS, um sistema de saúde baseado na Atenção Básica

presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo; dá ênfase à prevenção e à promoção, e garante o primeiro contato do usuário com o sistema. As famílias e as comunidades são a base para o planejamento e a ação. (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

A relevância desse nível de atenção se dá por ele ser porta prioritária de entrada do sistema de saúde e localizar-se em territórios em que os trabalhadores usuários vivem e trabalham. Nesse sentido, fortalecer a atenção básica representa descentralizar o sistema de saúde, pela proximidade dos serviços desse nível de atenção com a realidade local, o que vai ao encontro do princípio da integralidade (Balista, Santiago & Corrêa Filho, 2011; Merhy, 1997).

A abordagem territorial possibilitada por esse nível de atenção pode melhor apreender a realidade em que estão inseridos os trabalhadores, potencializando a incorporação do saber do trabalhador, o controle social e o estabelecimento da relação do processo saúde-doença e trabalho com vistas à maior resolutividade, responsabilização e o acolhimento (Brasil, 2006a). Nesse sentido, a atenção básica é um espaço privilegiado para as ações de promoção e prevenção, por permitir ir além da orientação clínica tradicional, incorporando a educação e o aconselhamento em saúde, a regulamentação e os enfoques baseados em políticas voltadas para a melhoria das condições de vida das pessoas e dos ambientes de trabalho (Dias, 2010).

A indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância em saúde é um dos pilares de sustentação da Saúde do Trabalhador proposta pela Renast (Brasil, 2006a). Há três setores de vigilância que compõem essa ação. São eles: Vigilância Sanitária, que fiscaliza ambiente e condições de trabalho; Vigilância Epidemiológica, que fiscaliza a situação de saúde dos trabalhadores; e Vigilância Ambiental, que fiscaliza a situação ambiental e sua relação com a saúde do trabalhador. As atividades de vigilância deveriam mapear os setores produtivos, identificar e cadastrar os trabalhadores e as doenças relacionadas ao trabalho em um dado território. Esse mapeamento alimentaria os sistemas de informações e também possibilitaria os encaminhamentos necessários dos trabalhadores para os serviços de saúde, na lógica da referência e contrarreferência.

A falta de um diagnóstico de base sobre a situação de saúde dos trabalhadores brasileiros que possa fundamentar planos de ação viáveis,

e de acordo com o real quadro de necessidades é uma das dificuldades apontadas pela Renast (Brasil, 2006a). Os problemas se encontram tanto na escassez quanto na inconsistência das informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores, o que indica dificuldades no âmbito da prevenção e promoção da saúde.

De um modo geral, as informações disponíveis se referem aos trabalhadores empregados e cobertos pelo SAT da Previdência Social, o que representa apenas um terço da População Economicamente Ativa, ou seja, 23 milhões de um total de 85 milhões de trabalhadores (Brasil, 2004a). Ainda segundo estimativa da OMS, apenas de 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas na América Latina (Brasil, 2004a). Esses dados indicam também o contingente de trabalhadores sem acesso à previdência social e aos direitos trabalhistas, e o desafio do SUS para promover a universalidade de acesso às políticas de saúde. Nesse sentido, também falta a integração das informações produzidas pelos diferentes setores, como previdência, vigilância etc.

Como aponta o modelo da Renast, todas essas ações devem estar orientadas pelo controle social, que visa a garantir a participação dos trabalhadores nas instâncias colegiadas em cada esfera do governo, como as conferências e conselhos de saúde, as conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde do trabalhador, além do Conselho Intersetorial de Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, cabe apontar que entre as consequências do processo de reestruturação produtiva e reforma do Estado implementado pelo projeto neoliberal, que no Brasil se dá junto com a implementação da reforma sanitária, estão o processo de precarização do trabalho, perda de direitos trabalhistas e previdenciários e o fortalecimento do setor privado de saúde.

Esse projeto neoliberal criou um sistema privado forte e com baixa regulação pelo Estado: o da atenção médica supletiva, que se consolidou pelo tipo de financiamento (sem recursos e dependência direta do Estado) e por sua expansão às custas da perda de qualidade do setor público, fazendo com que este último passe a ser considerado o sistema dos grupos “de baixo” e o da atenção médica supletiva (privada) o do grupo dos “de cima”. É a chamada universalização excludente. (Chioro & Scaff, 1998, p. 13).

Isso leva, segundo o autor acima referido, à diminuição da pressão e mobilização social de grupos importantes como as Centrais Sindicais e grandes sindicatos, que, mesmo comprometidos com a reforma sanitária, oferecem atenção à saúde privada para esses trabalhadores. O número de trabalhadores empurrados para o setor informal e a ameaça do desemprego também enfraquecem o poder de

mobilização e negociação das organizações sindicais e fragiliza o controle social. “O desemprego estrutural tem repercutido na organização dos sindicatos, obrigando-os a deslocar o foco de atuação para a preservação de postos de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o mesmo é executado” (Dias & Hoefel, 2005, p. 820).

No horizonte das colocações anteriores, muitos são os desafios que se colocam ao campo da Saúde do Trabalhador, para que este assimile realmente a perspectiva da atenção integral proposta pelo SUS. Nesse sentido, a própria PNSST (Brasil, 2004a) destaca que no Brasil as políticas de desenvolvimento econômico e as políticas sociais são desarticuladas, cabendo às políticas sociais arcar com os danos gerados à saúde da população pelas políticas de desenvolvimento econômico. No entanto, não se pode desconsiderar as importantes conquistas e avanços nesse setor e as possibilidades de constituir em seu interior, estratégias para enfrentar os desafios que se apresentam.

A partir das discussões e delineamentos teóricos realizados, na sequência deste trabalho serão abordados o método que norteou a realização desta pesquisa, bem como a organização dos resultados elaborados a partir da mesma.

Capítulo 2. DELINEANDO O FAZER DA PESQUISA

2.1 Método

2.1.1 Caracterização da pesquisa

O pensamento complexo está animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não parcelado, não dividido, não reducionista, e o reconhecimento do inacabado e incompleto de todo o conhecimento

Morin, 2011, p. 23.

Adotar a noção de complexidade na pesquisa é buscar alcançar a multidimensionalidade do fenômeno estudado e ao mesmo tempo esbarrar continuamente na impossibilidade de apreendê-lo em sua totalidade. Esse tensionamento apontado por Morin (2011) perpassa todas as etapas do processo investigativo, incluindo o delineamento do método utilizado. A opção por um método de pesquisa, como apontam Gonçalves (2007), Ulla e Remor (2003), precisa ser coerente com o conjunto de aspectos que compõem o estudo, tais como as problematizações, o referencial teórico-epistemológico utilizado e os procedimentos eleitos para a investigação.

Neste trabalho se buscou evidenciar algumas das dimensões que perpassam a produção da atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias na rede de saúde. Isso se deu por meio do diálogo com diferentes atores envolvidos nesse processo, sendo eles os trabalhadores e profissionais de saúde. Também ocorreu por meio da observação dos percursos que se estabelecem pela rede de saúde na busca pelo cuidado. Assim, esta pesquisa se caracteriza por ser de natureza qualitativa e, por sua vez, um estudo descritivo exploratório.

Para Gonzáles Rey (2005), a pesquisa qualitativa implica a produção teórica, possibilitada pelas zonas de inteligibilidade geradas pela atividade pensante e construtiva do pesquisador. Autores como Strauss e Corbin (2008), Foucault e Deleuze (1993) também ressaltam a construção da teoria no momento da pesquisa. Nesse sentido, a teoria se constitui como uma prática no processo de investigação, que, se implica

em continuidades, deve também produzir deslocamentos e transformações.

Gonzáles Rey (2005) aponta três princípios importantes na definição da pesquisa qualitativa, os quais serão tomados aqui na medida em que vão ao encontro das discussões realizadas por outros metodólogos que discutem esta abordagem. Esses princípios são: o caráter construtivo interpretativo do conhecimento; o aspecto interativo do processo de construção de conhecimento; a significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. Esses princípios, segundo o autor anteriormente referido, trazem importantes consequências metodológicas para a pesquisa.

O caráter construtivo interpretativo do conhecimento vai ao encontro do proposto por Strauss e Corbin (2008) quando definem que esse não é fruto de uma apropriação imediata e linear do real, ordenada por categorias universais do conhecimento, mas resultado de uma produção humana baseada em um acesso parcial e limitado da realidade estudada. Essa realidade assume um caráter complexo e multidimensional, com infinitos campos inter-relacionados, impossíveis de serem apreendidos em sua totalidade pelos meios utilizados, na direção do que também aponta Morin (2011).

Quando nos aproximamos desse complexo sistema por meio da pesquisa científica, formamos um novo campo de realidade que nos permite construir o que Rey (2005, p. 07) denomina de zona de sentido, que se refere a “... aqueles espaços de inteligibilidade que se produzem na pesquisa científica e não esgotam a questão que significam, senão pelo contrário, abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica”. Isso se dá também porque nenhuma manifestação parcial do sujeito pesquisado, como por exemplo, sua fala, reflete de forma direta e linear sua subjetividade, e o entendimento acerca da mesma é sempre construído pelo pesquisador a partir do lugar em que esse escuta.

O segundo princípio se refere ao caráter interativo do processo de construção do conhecimento, também destacado por autores como Najmanovich (2002) e Minayo (1998). Esse princípio aponta que a pesquisa nas ciências antropológicas constitui um processo de comunicação caracterizado como uma via privilegiada para acessar os sentidos subjetivos dos sujeitos individuais e “... como as diversas condições objetivas da vida social afetam o homem” (Gonzáles Rey, 2005, p. 13). Mas o processo de comunicação somente ocorre a partir do momento em que os participantes da pesquisa se implicam no problema

pesquisado. Assim, é determinante considerar quem pergunta, de que lugar pergunta e de que lugar se responde, tendo em vista que as relações pesquisador/pesquisando compõem uma dimensão essencial do processo de comunicação. Nesse aspecto, se reconhece a participação ativa e não neutra do pesquisador e se valorizam todos os momentos de comunicação estabelecidos no campo para a produção teórica.

Por fim, o último princípio destaca a significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. A riqueza da singularidade no processo de pesquisa para a Psicologia, segundo Gonzáles Rey (2005, p. 13) "... está estreitamente relacionada ao valor teórico da subjetividade no estudo do homem, a cultura e a sociedade, dimensões que se constituem, de forma permanente entre si, na condição subjetiva que define a ontologia desses três sistemas complexos da realidade". Nesse contexto, o singular alcança uma dimensão qualitativa privilegiada por meio de elementos diferenciados de informação que expressam a riqueza do fenômeno subjetivo, marcado pelo contexto social mais amplo e que ao mesmo tempo possibilita vislumbrar a diferenciação dos sujeitos entre si e dos espaços de vida social em que eles se inserem.

2.1.2 O cenário da pesquisa

Esta pesquisa teve como cenário principal um serviço de atenção básica denominado Centro Integrado de Saúde da Família (CIS)¹⁹, localizado na região mais populosa do Município²⁰ de Chapecó, no qual foi realizado o estudo, e próximo às três grandes agroindústrias da região. Assim, parte significativa dos usuários atendidos por esse serviço era composta por trabalhadores das fábricas que residiam no território de abrangência do Centro de Saúde. Dados oficiais da prefeitura municipal situam esse Centro de Saúde entre os sete maiores do município, atendendo a uma população de aproximadamente 25.000 habitantes (Laurentes, 2010).

A organização dos serviços de atenção básica no município em questão se dá a partir da Estratégia de Saúde da Família²¹ (ESF), a qual

¹⁹ Denominação presente no Plano Municipal de Saúde 2010-2012 (Laurentes, 2010).

²⁰ Fonte: Prefeitura Municipal de Chapecó. Informações disponíveis do *site* da PMP: <http://www.chapeco.sc.gov.br/attachments/site_chapeco_dados/1/chapecoemdados220811.pdf>.

²¹ De acordo com Brasil (1997), essa estratégia é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, as quais são responsáveis pelo

implica em uma reorientação do modelo assistencial que traz como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população (Brasil, 1997). Na ocasião da pesquisa, atuavam no CIS quatro equipes de saúde da família, cada uma composta por um médico, um enfermeiro e seis agentes comunitários de saúde (ACS)²². O referido CIS também era referência para outros centros de saúde da microrregião, dispondo de especialidades como ginecologia, pediatria, bem como atuava na realização de pequenas cirurgias. Anexo ao Centro de Saúde funcionava também o Serviço Municipal de Diagnósticos por Imagem que atende à rede básica, e o Pronto Atendimento (PA), que compreende o atendimento pré-hospitalar.

A escolha desse Centro de Saúde também foi determinada em função de ele ser palco, desde 2009, de um projeto desenvolvido por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde). Esse projeto representa uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com a cooperação da OPAS, tendo como eixo central a integração entre a formação dos profissionais da saúde e a Rede SUS, com ênfase na atenção básica. Na região em questão, esse projeto foi desenvolvido a partir da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Comunitária da Região de Chapecó.

O projeto do Pró-Saúde contava com mais de cinquenta subprojetos em temas e áreas diversas, entre os quais se destacaram para a realização desta pesquisa os projetos de Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Dispensação Ativa de Medicamentos e Atenção Farmacêutica. Os referidos projetos foram desenvolvidos de forma articulada junto ao CIS em que foi realizado este estudo. Os dois primeiros subprojetos tinham como objetivo implementar ações voltadas à saúde do trabalhador e à saúde mental na atenção básica. Já os outros dois propunham ações com vistas à desmedicalização dos usuários do SUS no município e à implementação da Atenção Farmacêutica.

A inserção da pesquisadora no projeto implicava a participação efetiva nas atividades desenvolvidas por meio desse junto ao referido serviço de saúde, na condição de docente do curso de graduação em

acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

²² A partir das discussões presentes no campo da Sociologia das Profissões, como pode ser observado em Angelin (2010), existe uma distinção entre profissão e ocupação que define critérios a partir dos quais a função de ACS é considerada uma ocupação. Sem perder de vista esta diferenciação, neste trabalho a menção aos profissionais de saúde inclui as ACS.

Psicologia da UNOCHAPECÓ. Por meio desse papel, a pesquisadora atuava enquanto orientadora de estágio curricular em Psicologia do Trabalho, participando de atividades como: reuniões semanais de duas equipes de saúde da família; reuniões mensais com os profissionais do CIS; visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde; consultas médicas, atividades de acolhida realizadas por estagiários do curso de Psicologia com os usuários que apresentavam queixas em saúde mental e saúde do trabalhador. Essa inserção no campo também possibilitou o diálogo com os profissionais de outros serviços de saúde que compõem a rede, como o CEREST e o INSS.

2.1.3 Participantes da pesquisa

Esta pesquisa contou com dois grupos principais de participantes, sendo um deles constituído por dezessete trabalhadores das três grandes agroindústrias da região. Já o outro grupo era composto por catorze profissionais de saúde que atuavam na rede pública de saúde, ao qual se agregou também um ex-trabalhador da agroindústria.

Os critérios para a escolha dos trabalhadores eram que esses fossem homens e mulheres com idade mínima de dezoito anos, que atuassem nas linhas de produção de uma das grandes agroindústrias da região, mantendo vínculo de trabalho com elas no momento da pesquisa. Outro critério de inclusão desses participantes foi que os mesmos apresentassem queixas em saúde relacionadas à sua atividade laboral. Assim, esses entrevistados faziam uso esporádico ou contínuo de serviços de saúde da rede pública, a partir do que eles serão denominados como trabalhadores usuários. Por fim, para participarem do estudo, os trabalhadores do setor tinham que estar vinculados ao CIS, que serviu como cenário para a realização desta pesquisa.

Para identificar os trabalhadores usuários a partir dos critérios elencados, foram utilizadas diferentes estratégias. A principal delas foi recorrer às duas equipes de saúde da família que estavam sendo acompanhadas por meio do projeto Pró-Saúde, em função do vínculo e facilidade de acesso da pesquisadora às mesmas. Por meio dessas equipes foram identificados quatorze dos trabalhadores usuários entrevistados. Um trabalhador usuário foi selecionado para participar deste estudo a partir da atividade de acolhimento realizada no CIS pelos acadêmicos do curso de Psicologia, por meio do projeto Pró-Saúde. Outros dois participantes foram indicados pelos próprios trabalhadores

entrevistados, tendo em vista a dificuldade em acessar participantes do sexo masculino.

Em relação ao grupo de profissionais de saúde (quatorze profissionais), o critério de escolha foi que esses estivessem vinculados a serviços de saúde que se destacavam no percurso dos trabalhadores usuários pela rede. Nesse sentido, a seleção destes sujeitos de pesquisa iniciou após aproximadamente três meses de observação participante e da realização de cinco entrevistas com os trabalhadores usuários. Em um primeiro momento foram elencados profissionais de saúde dos seguintes serviços²³: INSS, do qual foi entrevistado um profissional de saúde; Centro de Referência em Especialidades Médicas (CRESME), do qual foram entrevistados três médicos especialistas; Centro Integrado de Saúde, do qual foram entrevistados dois médicos, dois enfermeiros e dois agentes comunitários de saúde, uma das quais também havia atuado como técnica de enfermagem no SESMT de uma agroindústria do município.

A escolha dos participantes em um estudo qualitativo deve contemplar os sujeitos que possuem uma participação mais significativa em relação aos objetivos propostos pelo estudo, como afirma Gonzáles Rey (2005), aspecto que foi considerado na eleição dos profissionais e trabalhadores citados. Também nesse sentido, foram agregados ao grupo inicial de profissionais de saúde outros sujeitos de pesquisa que estavam vinculados a serviços importantes para analisar a configuração do campo da saúde do trabalhador na região estudada. Assim, os participantes foram escolhidos entre os que eram capazes de prover informações relevantes, sendo altamente singulares em relação ao problema estudado. Os profissionais de saúde agregados ao estudo foram: um profissional de saúde vinculado a Gerência de Atenção Especializada do município e ao Serviço Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional; dois profissionais de saúde do CEREST; um ex-trabalhador da agroindústria vinculado a um sindicato que vinha na ocasião da pesquisa, tentando representar os trabalhadores do setor, a fim de fazer oposição ao então sindicato da categoria. Esse sujeito também era membro da Associação dos Vitimados do Trabalho (ADVTV).

Cabe destacar aqui, que na pesquisa qualitativa, o número de sujeitos investigados deixa de ser um critério quantitativo, como

²³ A fim de não identificar os profissionais de saúde, em alguns casos será mencionado apenas o serviço de saúde a que eles estavam vinculados no momento da pesquisa e não a sua área de formação.

afirmam Gonzáles Rey (2005) e Deslandes (1998). Nesse sentido, a definição de participantes ocorre a partir das demandas qualitativas do processo de construção da pesquisa e pelo potencial dela em produzir novas zonas de sentido em relação ao problema estudado, as quais qualificam e ampliam o modelo teórico em construção. Isso vai ao encontro do conceito de amostragem por saturação em pesquisas qualitativas apresentado por Strauss e Corbin (2008) e Fontanella, Ricas e Turato (2008). Esses autores apontam que nos estudos qualitativos o que há de significativo está em como se concebe a representatividade dos elementos para a qualidade das informações obtidas e não a quantidade desses elementos. “Dir-se-ia, portanto, que o processo de coleta de dados se satura quanto há a percepção de que os dados a serem coletados decantam-se, isto é, não são diluídos ou absorvidos na formulação teórica utilizada, não mais contribuindo para seu adensamento” (Fontanella *et al.*, 2008, p. 10).

Tendo em vista as questões colocadas, em relação aos trabalhadores das agroindústrias, observou-se uma saturação teórica a partir da décima entrevista, o que está em conformidade com os estudos realizados por Guest, Bunce e Johnson (2006). No entanto, optou-se por continuar a realização de entrevistas com este grupo a fim de conseguir acessar os trabalhadores do sexo masculino. Nesse sentido, vale destacar que a intenção inicial da pesquisa era garantir uma distribuição equilibrada de trabalhadores de ambos os sexos, o que não foi atingido plenamente, em função da dificuldade acenada. Assim, seguiu-se até a décima sétima entrevista, em que foram entrevistadas treze mulheres e quatro homens.

2.1.4 Procedimentos utilizados no levantamento de informações

O trabalho de campo teve início após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com o que prevê a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), tendo sido aprovado por meio do parecer n. 473/12. Também compõe o protocolo do CEPSH a autorização da instituição na qual foi realizada a pesquisa (Apêndice A). No caso do CIS em questão, este está sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Município de Chapecó, para quem será feita uma devolução dos resultados desta pesquisa.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), nos métodos qualitativos se podem utilizar informações oriundas de diferentes fontes, e a escolha deve ser feita tendo-se em vista aquelas que tenham mais potencial de capturar os tipos de elementos desejados. Nesse sentido, Flick (2009) aponta que a combinação de diferentes estratégias de pesquisa pode ampliar e aprofundar as informações e a análise realizada dessas. Assim, para atender aos objetivos propostos neste estudo, os instrumentos de pesquisa utilizados foram a observação participante registrada em diário de campo, as entrevistas semiestruturadas realizadas com os trabalhadores das agroindústrias e profissionais de saúde, e a pesquisa documental aos prontuários de saúde dos trabalhadores usuários, disponíveis no Centro Integrado de Saúde.

Na pesquisa qualitativa, diversos autores, como Moré e Crepaldi (2004), Boing, Crepaldi e Moré (2008), Minayo (2008) e Angrosino (2009), consideram a observação participante como parte essencial do trabalho de campo, aspecto que se confirmou na realização desta pesquisa. Essa forma de observação ocorre pela presença ativa do pesquisador no contexto observado, no qual esse se relaciona com os sujeitos que observa, estabelece diálogos, constitui vínculos e participa dos eventos que ocorrem nesse cotidiano. Neste tipo de observação, podem ser considerados aspectos da realidade como as regras explícitas ou implícitas em um determinado contexto, as atitudes, gestos, expressões, conflitos, relações de proximidade etc. A observação participante implica

... imergir na realidade e concomitantemente dominar os referenciais teóricos necessários à investigação [;]. [...] ter abertura para o grupo, sensibilidade para sua lógica e para sua cultura, lembrando-se de que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisa. (Minayo, 2008, p. 277)

Em relação à observação participante realizada neste estudo, vale destacar que a pesquisadora estar no campo também no papel de membro do projeto Pró-Saúde e orientadora de estágio facilitou a entrada no contexto pesquisado e a participação efetiva nas diferentes atividades que faziam parte do dia a dia do Centro de Saúde. Assim, a observação participante possibilitou visualizar os fluxos de encaminhamento dos trabalhadores usuários pela rede de saúde, compreender as demandas em saúde do trabalhador que a atenção básica vinha atendendo, bem como a forma como essas demandas se constituíam na rede. O vínculo criado com os profissionais a partir da convivência no campo possibilitou estabelecer diálogos que não seriam

possíveis sem esta inserção, assim como facilitou o acesso aos trabalhadores do setor que faziam uso daquele serviço.

As observações realizadas foram registradas em diário de campo, por meio de notas que se caracterizam como descrições livres, de aspectos e acontecimentos que se destacam no dia a dia do contexto estudado (Angrosino, 2009). De acordo com Moré e Crepaldi (2004), esse tipo de registro possibilita maior detalhamento do conteúdo observado pelo pesquisador e destaca os aspectos implícitos no campo. Esses registros também contemplaram as impressões e sentimentos do pesquisador em relação às informações suscitadas pelo campo, as quais foram fundamentais para contextualizar, integralizar e dar sentido aos dados de pesquisa, servindo como norte das análises posteriores.

As entrevistas semiestruturadas, de acordo com Minayo (2008), referem-se ao processo de comunicação verbal mais utilizado nos trabalhos de campo, estando sujeita às dinâmicas relacionais existentes nos espaços nos quais o pesquisador se insere. As entrevistas com roteiro semiestruturado, segundo Triviños (1990), partem de questionamentos básicos derivados de questões e teorias que interessam à pesquisa, oferecendo em seguida um amplo campo de interrogativas, fruto de novas questões que vão surgindo na medida em que se recebem as respostas do entrevistado. Triviños (1990, p. 146) explica que, “desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”.

Zago (2003, p. 301) também aponta a relevância desse instrumento para a pesquisa qualitativa, na medida em que “a entrevista se desenvolve em uma relação social, expressa realidades, sentimentos e cumplicidade que um instrumento com respostas estandarizadas poderia ocultar”. Nessas entrevistas é preciso “respeitar princípios éticos e de objetividade na pesquisa, bem como garantir as condições que favoreçam uma melhor aproximação da realidade social estudada, pois nenhum método dá conta de captar o problema em todas as suas dimensões” (Zago, 2003, p. 294). Apesar de defender a utilização de um roteiro norteador, a autora enfatiza que esse não deve ser um empecilho para o pesquisador na inclusão de novas questões.

Levando em conta as considerações apontadas pelos autores acima citados, as entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores das agroindústrias usuários do CIS, foram realizadas tendo como base o roteiro norteador (Apêndice B), o qual foi organizado a partir dos seguintes campos: Identificação; contexto de trabalho nas

agroindústrias; problemas de saúde relacionados ao trabalho; atenção à saúde do trabalhador na rede de saúde. Cabe destacar que o roteiro de pesquisa proposto sofreu modificações na condução das conversações, com vistas a atender às singularidades de cada sujeito como indica Zago (2003).

Em relação aos profissionais de saúde, os roteiros de entrevista foram elaborados levando-se em consideração a profissão e o serviço a que estavam vinculados esses sujeitos de pesquisa, sendo que os campos a partir dos quais se organizaram as perguntas foram: identificação; funcionamento do serviço de saúde no que diz respeito ao atendimento à saúde do trabalhador; saúde dos trabalhadores das agroindústrias. Nesse sentido, foi utilizado o mesmo roteiro de entrevista com os profissionais do CIS (Apêndice C), e, para a agente de saúde que também trabalhou como técnica de enfermagem em uma agroindústria, foram acrescentadas questões sobre o funcionamento e demandas do SESMT da empresa que esta fazia parte.

Para os demais profissionais de saúde, foram elaborados outros roteiros de pesquisa, tendo como norte os mesmos temas do roteiro anteriormente descritos, sendo um para o profissional do INSS (Apêndice D), um para os médicos do CRESME (Apêndice E), outro para o profissional que atuava na Gerência de Atenção Especializada e Serviço Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional (Apêndice F), mais um para os profissionais do CEREST (Apêndice G), e por fim um roteiro para o ex-trabalhador de agroindústria vinculado ao sindicato da categoria e à ADVT (Apêndice H).

Na fase inicial das entrevistas, era disponibilizado um tempo para a introdução do tema em discussão e para a apresentação do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), momento também utilizado para se dirimirem possíveis dúvidas acerca do trabalho. As entrevistas foram gravadas em aparelho mp3 e posteriormente transcritas na íntegra, sendo que o tempo de duração foi de aproximadamente 1h30m para os trabalhadores usuários e de aproximadamente 45 minutos para os profissionais de saúde.

Tendo em vista o compromisso social e político que permeia a noção de ética em pesquisa (Zanella, 2008; Coutinho & Zanella, 2011), e que vai ao encontro do direito dos participantes de acessarem os resultados do trabalho, na ocasião da realização das entrevistas, a pesquisadora se comprometeu com os sujeitos participantes a fazer uma devolução das transcrições das entrevistas, o que foi realizado ainda durante o período de trabalho de campo. Essa devolução implicou uma

nova visita aos participantes entrevistados a quem foram entregues as cópias transcritas das entrevistas concedidas. Esses momentos foram importantes para estreitar os vínculos com os participantes do estudo, dirimir novas dúvidas quanto à pesquisa, bem como em muitas ocasiões trouxe novas e importantes informações para o escopo da investigação.

Cabe ressaltar ainda que a partir da realização das entrevistas, a pesquisadora sugeriu a dois trabalhadores usuários, que se inserissem no atendimento psicológico realizado no CIS por meio do projeto Pró-Saúde. Esses encaminhamentos se deram por observar situações de intenso sofrimento psíquico destes sujeitos devido as condição de trabalho e saúde, bem como ante as possibilidades da atenção básica de atender as dificuldades apresentadas.

Ao final de cada entrevista com os trabalhadores usuários, era também solicitada a autorização para acessar o prontuário de saúde arquivado junto ao CIS, para o que se utilizava outro TCLE (Apêndice J). O acesso a esses registros implica o uso de outra técnica de investigação utilizada neste estudo, denominada pesquisa documental (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009). Os referidos autores destacam a importância do uso de documentos em pesquisa pelo potencial destes para fornecerem informações que não podem ser acessadas por meio de técnicas como a observação participante ou da entrevista, tornado os ausentes, presentes como assinalam Zanella e Sais (2008). Além desse aspecto, a pesquisa documental acrescenta a dimensão tempo à compreensão do fenômeno estudado. Nesse sentido, o documento “muito frequentemente permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente ou distante” (Cellard, 2008, p. 295).

Tendo em vista os objetivos propostos nesta pesquisa, os prontuários de saúde possibilitaram acessar o histórico de saúde dos trabalhadores usuários por meio dos registros das consultas médicas e de enfermagem realizadas no CIS e serviços de especialidades. Por meio desses documentos se evidenciaram questões como a frequência do uso dos serviços de atenção básica, as queixas em saúde apresentadas a esses, as condutas adotadas pelos profissionais ante as queixas, tais como prescrição de medicamentos, emissão de atestados médicos, diagnósticos, encaminhamentos para realização de exames e serviços de especialidades. O acesso a esses registros, em conjunto com as entrevistas semiestruturadas possibilitaram a construção de mapas de percurso dos trabalhadores pela rede de saúde. Esses mapas visibilizaram as trajetórias dos trabalhadores usuários, possibilitando a melhor compreensão de seus percursos pela rede de saúde. Nos

capítulos de análise estes mapas foram utilizados como um recurso didático para discutir o tema proposto neste estudo.

2.1.5 Atravessamentos e implicações na trajetória da pesquisa

O trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro de 2010 a janeiro de 2011, tempo durante o qual a pesquisadora participou das diferentes atividades do CIS, por meio do duplo papel de pesquisadora e professora integrante do projeto Pró-Saúde como já referido anteriormente. Assim, a observação participante foi realizada ao longo de todo este percurso, sendo também utilizada como estratégia inicial para entrar no contexto estudado.

No início das atividades de campo, a pesquisadora buscou primeiro compreender o funcionamento daquele serviço de atenção básica, o qual mantinha um grande fluxo diário de usuários²⁴, fazendo com que os profissionais de saúde que ali atuavam estivessem sempre muito ocupados. Ao longo do tempo foi possível compreender que esse fluxo era ocasionado por diferentes aspectos como a presença Pronto Atendimento junto ao Centro de Saúde, a qual acarretava confusões perante a comunidade local, já que o horário de atendimento do PA era das 19:00h às 7:00h e do CIS era das 7:00h às 17:30h. No entanto, os usuários muitas vezes não distinguiam os dois serviços e procuravam durante o dia o atendimento do CIS para casos de urgência e emergência, aumentando o fluxo de usuários no local. A presença do Serviço Municipal de Diagnósticos por Imagem e também o fato deste CIS contar com o atendimento de especialidades médicas que não estavam em todos os centros de saúde faziam com que usuários de outras regiões do município se deslocassem a esse serviço.

Outro aspecto que contribuía para o fluxo intenso de usuários e que interferia na gestão do serviço de saúde era que na maior parte do tempo os profissionais das equipes de saúde da família estavam envolvidos com o atendimento da demanda espontânea da população²⁵ que acessava o serviço em busca principalmente, de consultas médicas. Essa forma de funcionamento dificultava o desenvolvimento de ações de

²⁴ Há que se destacar que em função da grande demanda atendida no CIS, na ocasião da pesquisa, havia já a previsão da Secretaria Municipal de Saúde do município de construir um novo centro de saúde naquela região, para assumir parte dos usuários atendidos no serviço.

²⁵ De acordo com Santana (2008), a demanda espontânea representa a necessidade autopercebida pelo cliente, geralmente, de resolução imediata, o que confere sua busca ao serviço de saúde.

prevenção e promoção à saúde, previstas para as equipes de saúde da família como preconizam as diretrizes que orientam a ESF (Brasil, 1997), bem como o desenvolvimento de outras estratégias da clínica ampliada dispostas nas referidas diretrizes (Brasil, 2007).

Na direção do que foi apontado, a pesquisadora estar neste local também no papel de participante do projeto Pró-Saúde, foi decisivo para aproximar-se deste campo e dos profissionais que ali atuavam, na medida em que a mesma estava na condição de quem compartilhava com essas equipes de saúde da família os desafios impostos pela realidade do serviço, bem como no sentido de produzir estratégias para o enfrentamento das dificuldades cotidianas desse local.

Esta forma de inserção também permitiu à pesquisadora experimentar o lugar desses profissionais de saúde, e observar os limites e possibilidades na produção do cuidado à saúde do trabalhador formal usuário do serviço de atenção básica. Nesse sentido, foi possível vivenciar as dificuldades para implementar ações em saúde do trabalhador que rompem com a lógica do modelo biomédico. No entanto, atuar junto a essas equipes também conduziu, em alguns momentos, à confusão entre os papéis de profissional de saúde/docente, e o de pesquisadora, dificultando os distanciamentos necessários para observar o campo de investigação.

A inserção no CIS enriqueceu as observações realizadas, bem como os diálogos estabelecidos durante essas e nas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, por possibilitar a criação do que Gonzáles Rey (2005) chama de sistemas conversacionais na pesquisa qualitativa. Esses sistemas permitem ao pesquisador se integrar em uma dinâmica de conversação em que ele se desloca do lugar de quem pergunta para participar ativamente do diálogo, colocando-se, elaborando hipóteses, trocando experiências etc. Segundo o autor, isso leva os participantes do diálogo a se sentirem sujeitos do processo, e produz a corresponsabilidade dos sujeitos de pesquisa: “a pessoa envolvida em um sistema conversacional evidencia esse envolvimento durante a conversação. Envolvimento esse muito importante para a pesquisa, pois dele dependerá a qualidade da informação obtida por tal via” (Gonzáles Rey, 2005, p. 47).

Outro aspecto fundamental em relação à trajetória desta pesquisa foi como a inserção no serviço de atenção básica e o vínculo com os profissionais de saúde viabilizou o acesso aos trabalhadores das agroindústrias. Em relação a esse aspecto, ficou claro que as agentes comunitárias de saúde são as principais promotoras do elo entre a comunidade e o serviço de atenção básica, estabelecendo um vínculo

maior com a população, como apontam Gomes e Pinheiro (2005) e os documentos que orientam as ações neste nível de atenção (Brasil, 2000). Esses membros da equipe da ESF foram, assim, fundamentais para identificar quem eram os trabalhadores usuários que atendiam os critérios estabelecidos nesta pesquisa.

Para acessar aos trabalhadores usuários, as agentes de saúde faziam um contato inicial com eles falando da pesquisa, e, para os trabalhadores que aceitavam participar, em um segundo momento, a pesquisadora realizava a visita sempre acompanhada dessas trabalhadoras da saúde. Esse cuidado foi tomado tendo em vista que a pesquisadora não tinha vínculos com os trabalhadores usuários, e que, desde o início do trabalho de campo foi percebido que muitos trabalhadores apresentavam certa desconfiança e medo em relação à participação na pesquisa, o que era acenado pelas agentes de saúde e confirmado quando a pesquisadora fazia o contato com eles. Assim, diversos trabalhadores contatados não aceitaram participar do estudo.

Com o decorrer do trabalho de campo, foi possível entender que esta recusa se dava principalmente por estes sujeitos terem vínculo de trabalho com as indústrias, sendo que eles temiam represálias dos empregadores. Outro aspecto que produziu um atravessamento importante neste acesso aos trabalhadores usuários foi que estava circulando entre os trabalhadores a informação de que uma das indústrias do setor havia colocado uma psicóloga para realizar visitas aos trabalhadores em auxílio doença, o que aumentava a desconfiança em relação ao estudo. Essa situação é ilustrada pela fala da trabalhadora 5, quando ela diz: *“Tem um psicólogo da empresa visitando as casas de surpresa para tentar flagrar o pessoal que está afastado, conferir se eles estão fazendo algum trabalho, porque não pode fazer nada. Eu só aceitei falar com você porque foi a agente que me pediu, porque eu confio nela, você não tem nada a ver com a empresa, tem?”*²⁶.

Se por um lado as agentes de saúde facilitaram a aproximação aos trabalhadores pela relação de vínculo e confiança que tinham com eles, por outro, o acesso aos sujeitos de pesquisa por meio delas constituiu uma dificuldade em acessar os trabalhadores do sexo masculino. Nesse sentido, cabe destacar que na análise às fichas A²⁷, de

²⁶ As falas destacadas na Tese em itálico e entre aspas foram transcritas literalmente das entrevistas.

²⁷ Ficha que compõe o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), utilizada pelos agentes comunitários de saúde para cadastro das famílias. As informações deste instrumento

cadastro das famílias, foi possível observar um número semelhante de homens e mulheres cuja atividade laboral era auxiliar de produção de agroindústria. No entanto observou-se que as agentes de saúde têm maior vínculo e facilidade de acesso com as mulheres das famílias de usuários, o que é afirmado também por Schuck (2010) em estudo realizado na região.

Por fim, após as entrevistas com os trabalhadores usuários eram acessados os seus prontuários de saúde arquivados junto ao CIS. Quanto a esses documentos cabe destacar que apesar de terem se constituído em importante fonte de informações para compreender aspectos do percurso pela rede, os mesmos apresentavam dificuldades, entre as quais se destacaram os registros ilegíveis²⁸ dos profissionais de saúde em relação aos atendimentos, bem como a falta de informações importantes, como a dificuldade em saúde ou detalhamentos acerca da conduta. Assim, era frequente encontrar registros em que constava a data e o nome do medicamento prescrito apenas. Nesse sentido, cabe apontar que durante as entrevistas era comum os trabalhadores usuários mostrarem outros registros acerca de seus percursos pela rede de saúde, os quais não estão presentes nos prontuários da atenção básica. Esses registros apresentados na ocasião das entrevistas diziam respeito aos resultados de exames, atestados médicos, diagnósticos, Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), encaminhamentos de auxílio doença, medicamentos que os trabalhadores faziam uso entre outros, os quais foram fundamentais para atender aos objetivos propostos neste estudo.

2.1.6 Procedimentos de análise das informações²⁹

A organização e análise das informações na presente pesquisa se deram com base na *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada nos Dados (Strauss & Corbin, 2008). Essa metodologia de análise permite ao pesquisador combinar abordagens indutivas e dedutivas, ao investigar processos de uma mesma cena social sob várias perspectivas, visando à

“permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções” (Brasil, 2003, p. 10).

²⁸ Cabe apontar que atualmente vêm sendo implantados os prontuários eletrônicos no município, o que evitará esta dificuldade no futuro.

²⁹ Levando em consideração as problematizações que se realizam em torno do termo “dados” de pesquisa (Sato & Souza, 2001), e tendo em vista que a análise neste trabalho está orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados, serão utilizados os termos informação para definir aquilo que vem do campo antes de sofrer o processo analítico e dados para se referir à informação já analisada.

melhor compreensão do fenômeno estudado. Assim, o pesquisador pode integrar diferentes fontes de informações na construção da análise, as quais provieram neste estudo das observações participantes, das entrevistas semiestruturadas e da pesquisa documental aos prontuários de saúde.

Para análise das informações, seguiram-se as etapas propostas por Strauss e Corbin (2008). Esses autores sugerem que em um primeiro momento deve ocorrer um exame microscópico que se caracteriza pelo exercício de se aprofundar nas informações obtidas em campo. Nesse sentido, foram realizadas leituras sucessivas das transcrições das entrevistas, notas do diário de campo e prontuários de saúde dos trabalhadores usuários, a fim de gerar categorias iniciais de análise.

Em um segundo momento foi realizada a codificação aberta, processo de desmembramento das informações, etapa em que foram feitas comparações, conceituações e categorização dos dados. Nesse momento, se buscou extrair os elementos mais importantes das informações, tanto aqueles comuns e semelhantes quanto os que se diferenciavam entre si, para que fossem formadas as categorias.

Tendo em vista a grande quantidade de informações levantadas durante o trabalho de campo, foram organizadas duas grandes dimensões, que serviram como núcleos temáticos congregando conjuntos de categorias de análise elaboradas em torno de um mesmo tema, sendo que essas dimensões orientaram a organização dos capítulos de análise que serão apresentados na sequência desse trabalho. Após identificar e nomear as categorias seguiu-se com o processo de conexão dos dados denominado de codificação axial. Esse processo se deu em torno das dimensões e propriedades das categorias, a fim de definir as subcategorias e seus respectivos elementos de análise, os quais auxiliaram na obtenção de uma descrição, compreensão e sustentação das categorias principais.

Por fim, o processo de codificação seletiva permitiu integrar e refinar o conjunto de dados obtidos, a fim de desenvolver as discussões em torno da temática proposta neste estudo, sendo ela a produção da atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias. A partir da categorização proposta, se pode observar singularidades e também a complementaridade entre as diferentes dimensões de análise e das categorias, subcategorias e elementos de análise que as compõem.

Em relação as etapas previstas nesta forma de análise, cabe destacar o que dizem Strauss e Corbin (2008), de que este processo nunca pode ser rígido ou estático. Ao oposto disso, é “um processo de

fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem rapidamente para frente e para trás entre os tipos de codificação, usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica que têm em mãos” (Strauss & Corbin, 2008, p. 65).

2.2 Apresentação da organização dos resultados

Os resultados apresentados nesta pesquisa estão organizados em duas partes, sendo a primeira delas referente ao processo de categorização dos dados representado por meio das dimensões, categorias, subcategorias e elementos de análise. Já a segunda parte diz respeito às informações que caracterizam os trabalhadores usuários participantes da pesquisa.

2.2.1 Apresentação da categorização dos dados

A organização da análise que é apresentada a seguir congrega as informações originárias das diferentes técnicas e procedimentos de pesquisa, sendo elas as notas de campo referentes às observações participantes, as informações referentes às entrevistas semiestruturadas com trabalhadores das agroindústrias e profissionais de saúde e aquelas provenientes da pesquisa documental aos prontuários de saúde dos trabalhadores usuários.

DIMENSÃO I: CONTEXTO DE TRABALHO E SAÚDE

Esta dimensão contempla aspectos do contexto de trabalho no setor agroindustrial que se destacaram na relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores atendidos na atenção básica. Esses aspectos estão relacionados ao processo de intensificação do trabalho que vem ocorrendo nessas indústrias, os modos como são geridos os tempos de trabalho no contexto agroindustrial e seus impactos na vida dos trabalhadores e as potencialidades e dificuldades que perpassam o contexto sociolaboral.

1. INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO: esta categoria congrega os aspectos que geram a intensificação do trabalho nas fábricas do setor agroindustrial, que estão relacionados às características do processo de

trabalho no setor, às diferenças de desempenho entre os trabalhadores e ao quadro funcional incompleto.

- 1.1. **Características do processo de trabalho:** aborda as características do trabalho que são frequentes em empresas cuja organização do trabalho se pauta no modelo taylorista/fordista. Entre essas características se destacam a parcelarização das atividades, as altas metas de produção, o uso da nória³⁰ e o controle de qualidade.
- 1.2. **Diferenças no desempenho dos trabalhadores:** refere-se aos elementos que ocasionam a diferença de desempenho entre os trabalhadores da linha de produção, as quais estão relacionadas à alta rotatividade de funcionários, a entrada constante de novos funcionários no setor e a presença de trabalhadores adoecidos na linha de produção.
- 1.3. **Quadro funcional incompleto:** contempla os aspectos pelos quais ocorre falta de trabalhadores na linha de produção, os quais se devem aos afastamentos do trabalho devido aos problemas de saúde, e os altos índices de absenteísmo dos funcionários do setor agroindustrial.

2. OS TEMPOS DE TRABALHO: esta categoria discorre sobre a gestão dos tempos de trabalho no setor agroindustrial e alguns de seus impactos na vida dos trabalhadores.

- 2.1. **Prolongamento da jornada de trabalho:** tem relação com os modos de gestão do tempo nas fábricas que geram a ampliação da jornada laboral, o que está relacionado à realização de horas extras, a não contabilização do período de troca de roupa como trabalho efetivo, ao deslocamento de trabalhadores de outros municípios para atuarem nas fábricas, ao não cumprimento dos intervalos obrigatórios e à impossibilidade de sair das fábricas nos intervalos intrajornada.

³⁰ Correia transportadora em que os frangos e suínos são pendurados pelos pés, passando pelas várias etapas do processo de produção.

2.2. Trabalho em turnos e noturno: refere-se aos horários cumpridos pelos trabalhadores do setor, os quais produzem alterações do sono. Diz respeito também aos impactos destes horários na conciliação trabalho-família

3. CONTEXTO SÓCIOLABORAL: diz respeito às diferentes relações interpessoais que se estabelecem no espaço de trabalho, as quais representam modos de controle sobre o trabalhador, mas também relações de apoio social, sendo que essas relações se modificam ante à perda da capacidade laboral.

3.1. O controle do trabalho: está relacionado aos modos de controle de trabalho que se dão por meio do contexto sociolaboral como a supervisão e a atuação sindical, o que gera relações de trabalho hostis.

3.2. Relações de apoio social: alude às relações que se constituem como forma de apoio social aos trabalhadores do setor e possibilitam modos de resistência ante o controle do trabalho.

3.3. Mudanças nas relações sociolaborais ante à perda da capacidade laboral: Acena para as mudanças que ocorrem nas relações sociolaborais ante o adoecimento que gera perda da capacidade laboral, como a discriminação e a desvalorização no trabalho.

4. GESTÃO DOS RISCOS NO CONTEXTO LABORAL: refere-se a como é realizada a gestão dos riscos laborais junto às linhas de produção do setor agroindustrial, tomando como exemplo alguns riscos que se apresentaram de modo recorrente nas falas dos trabalhadores.

4.1 Riscos físicos e ergonômicos: diz respeito aos fatores presentes no contexto de produção agroindustrial que afetam a saúde dos trabalhadores do setor entre os quais se destacam a repetitividade, o frio e o ruído.

4.2 Ações de prevenção aos riscos: discute as ações implementadas pelas indústrias com vistas ao controle dos riscos laborais, como o uso de equipamentos de proteção individual, realização de rodízios, ginástica laboral, pausas e a como ocorrem estas ações em determinados setores das fábricas considerados mais difíceis.

Quadro 1: Categorias, subcategorias e elementos de análise – Dimensão I: contexto de trabalho e saúde

CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE	
1. INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO	1.1 Características do processo de trabalho	1.1.1 Divisão pormenorizada do trabalho	
		1.1.2 Uso das nórias	
		1.1.3 Altas metas de produção	
		1.1.4 Controle de qualidade	
	1.2 Diferenças no desempenho dos trabalhadores	1.2.1 Rotatividade	
		1.2.2 Entrada constante de novos funcionários	
		1.2.3 Adoecimento dos trabalhadores	
	1.3 Quadro funcional incompleto	1.3.1 Afastamentos do trabalho	
		1.3.2 Absenteísmo	
	2. OS TEMPOS DE TRABALHO	2.1 Prolongamento da jornada de trabalho	2.1.1 Horas extras
2.1.2 Não consideração do período para troca de roupa			
2.1.3 Descolamento de trabalhadores de outros municípios			
2.1.4 Intervalos obrigatórios			
2.1.5 Intervalos intrajornada			
2.2 Trabalho em turnos e noturno		2.2.1 Alterações do sono	
		2.2.2 Conciliação trabalho família	
		3.1 O controle do trabalho	3.1.1 Supervisão
			3.1.2 Relações hostis
			3.1.3 Atuação sindical
3.2 Relações de apoio social	3.2.1 Modos de resistência		
	3.2.2 Amizades		

	3.3 Mudanças nas relações sociolaborais ante à perda da capacidade laboral	3.3.1 Discriminação 3.3.2 Desvalorização no trabalho
4. GESTÃO DOS RISCOS NO CONTEXTO LABORAL	4.1 Riscos físicos e ergonômicos	4.1.1 Repetitividade
		4.1.2 Baixas temperaturas
		4.1.3 Ruído
	4.2 Ações de prevenção aos riscos	4.2.1 Equipamentos de Proteção Individual
		4.2.2 Rodízio
		4.2.3 Ginástica laboral
		4.2.4 Pausas
		4.2.5 Setores em que o trabalho é considerado mais difícil

DIMENSÃO II - A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS

Esta dimensão aborda como se dá a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias nos serviços de saúde públicos e privados, os quais se constituem em palco das relações de poder que envolvem as indústrias, os trabalhadores e os profissionais de saúde. Assim, são abordadas diferentes ações assistenciais realizadas frente às queixas dos trabalhadores usuários que fazem uso dos serviços, bem como os efeitos dessas na saúde dos trabalhadores.

1. OBSCURECIMENTO DA DOR: Esta categoria discute os procedimentos técnico-assistenciais realizados nos diferentes serviços de saúde, os quais produzem a invisibilização e mascaramento da dor ao longo do percurso dos trabalhadores pela rede.

1.1. A medicamentação da dor: diz respeito à centralidade do uso dos fármacos na atenção a saúde, o que envolve a prescrição medicamentosa por parte dos médicos e a automedicação por parte dos trabalhadores usuários.

1.2. A função dos exames complementares na visibilização da dor: trata da função que os exames complementares assumem na

atenção a saúde dos trabalhadores, a fim de comprovar a existência do agravo, mediando assim a relação dos trabalhadores usuários com as indústrias e com os profissionais de saúde. Também aborda como esses procedimentos têm relação com o prolongamento do percurso dos trabalhadores pela rede de saúde.

1.3. Outras práticas de cuidado relacionadas à dor: discute outras práticas de cuidado comuns na atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias que são a orientação à mudança de função e a fisioterapia.

2. AFASTAMENTOS DO TRABALHO: esta categoria trata das questões que envolvem os recorrentes afastamentos dos trabalhadores ante os agravos em saúde, procedimentos que são alvo do controle das indústrias, bem como foco de busca dos trabalhadores no acesso aos serviços de saúde.

2.1 O controle das agroindústrias em relação aos afastamentos do trabalho: diz respeito às formas de controle empregadas pelas indústrias para evitar ou retardar o afastamento dos trabalhadores, como a restrição na emissão de atestados médicos nos SESMTs, as articulações das empresas com a rede de saúde, a recusa ou diminuição do período dos atestados emitidos em outros serviços de saúde, os descontos salariais e de benefícios impostos aos trabalhadores diante do afastamento.

2.2 A busca dos trabalhadores pelo afastamento do trabalho: debate a função que os afastamentos assumem para os trabalhadores do setor, como meio de lidar com as dificuldades do trabalho e como forma de acesso ao sistema de proteção social proporcionada pelo auxílio doença.

3. O RECONHECIMENTO DO CARÁTER ACIDENTÁRIO DOS AGRAVOS À SAÚDE: discute os meios através dos quais se reconhece o nexo entre o trabalho e os agravos em saúde, bem como suas implicações para as indústrias e para os trabalhadores do setor.

3.1 A comunicação de acidentes de trabalho: tem relação com os atravessamentos que envolvem a emissão desse comunicado, como as ações das indústrias para tentar evitar a emissão dessa

notificação. Também aponta a falta de informações dos trabalhadores e profissionais de saúde acerca dos diferentes modos de emití-lo e a importância dos profissionais da rede de saúde na orientação dos trabalhadores para que esses consigam o reconhecimento do nexo por meio dessa notificação.

3.2 Estabelecimento do nexo pela previdência social: refere-se à possibilidade da previdência social de reconhecer o nexo entre os agravos em saúde e o trabalho na ocasião da entrada do trabalhador em auxílio doença, o que faz com que as indústrias evitem os afastamentos que geram esse benefício. Trata também das dificuldades da perícia do INSS em estabelecer o referido nexo, e em uma atuação dos profissionais desse serviço que tem como base a precedência da incapacidade laboral sobre o nexo.

3.3 O reconhecimento do nexo para o Sistema Nacional de Agravos de Notificações – SINAN: diz respeito à outra forma do reconhecimento do caráter acidentário dos agravos em saúde do trabalhador, que tem como principal finalidade gerar indicadores para ações como a vigilância em saúde. Assim se discutem as dificuldades em gerar esse tipo de notificação, bem como a maior subnotificação das doenças ocupacionais por meio desse instrumento.

4. A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO: esta categoria trata de como se dá a atenção à saúde dos trabalhadores ao longo dos seus percursos, frente às queixas em saúde mental relacionadas ao trabalho.

4.1 A dicotomização entre saúde mental e a atividade laboral no percurso pela rede de saúde: discute-se como essa dicotomização vai se produzindo ao longo dos percursos dos trabalhadores pela rede de saúde, por meio de tentativas de adaptação do trabalhador à atividade laboral, da produção de diagnósticos psiquiátricos, da medicamentação, que culminam com o afastamento por meio do auxílio doença comum.

Quadro 2: Categorias, subcategorias e elementos de análise – Dimensão II: a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias

CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. OBSCURECIMENTO DA DOR	1.1 A medicamentação da dor	1.1.1 Prescrição medicamentosa
		1.1.2 Automedicação
	1.2 A função dos exames complementares na visibilização da dor	1.2.1 Mediação entre trabalhador e empresa
		1.2.2 Mediação entre trabalhador e profissional de saúde
		1.2.3 Estende o percurso pela rede de saúde
	1.3 Outras práticas de cuidado relacionadas à dor	1.3.1 Mudança de função
1.3.2 Fisioterapia		
2. AFASTAMENTOS DO TRABALHO	2.1 O controle das agroindústrias em relação aos afastamentos do trabalho	2.1.1 Restrição na emissão de atestados médicos
		2.1.2 Articulações da empresa com a rede de saúde
		2.1.3 Recusa ou diminuição do período de afastamento
		2.1.4 Descontos salariais e de benefícios
	2.2 A busca dos trabalhadores pelo afastamento do trabalho	2.2.1 Meio de lidar com as dificuldades do trabalho
		2.2.2 O auxílio doença no acesso ao sistema proteção social
3. RECONHECIMENTO DO CARÁTER ACIDENTÁRIO DOS AGRAVOS À SAÚDE	3.1 A Comunicação de acidentes de trabalho	3.1.1 As indústrias evitam emitir a CAT
		3.1.2 Emissão da CAT no auxílio doença
		3.1.3 Falta de informações sobre a emissão do CAT

		3.1.4 O papel dos profissionais da rede de saúde na emissão do CAT
	3.2 Estabelecimento do nexa pela Previdência Social	3.2.1 As indústrias evitam a entrada do trabalhador em auxílio doença
		3.2.2 Dificuldades da perícia em estabelecer o nexa
		3.2.3 Precedência da incapacidade laboral sobre o nexa
	3.3 Reconhecimento do nexa para o SINAN	3.3.1 Subnotificação
		3.3.2 Predomínio da notificação de acidentes típicos
		3.3.3 Dificuldades em notificar as doenças mentais
4. A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO	4.1 A dicotomização entre saúde mental e a atividade laboral no percurso pela rede de saúde	4.1.1 Medicalização do sofrimento psíquico
		4.1.2 A construção do diagnóstico psiquiátrico
		4.1.3 O não reconhecimento do nexa com o trabalho

2.2.2 Caracterização dos trabalhadores usuários participantes do estudo³¹

2.2.2.1 Retratos do percurso³²

Os trabalhadores das agroindústrias que participaram deste estudo eram aqueles que de alguma maneira figuravam para os profissionais da Atenção Básica e para outros trabalhadores por terem queixas em saúde relacionadas à sua atividade laboral. Assim, todos os entrevistados faziam uso esporádico ou contínuo de serviços de saúde em função dos problemas que apresentavam. Este uso dos diferentes serviços, públicos e privados, permitem traçar os percursos destes trabalhadores pela rede de saúde, os quais foram “percorridos” nesta pesquisa a fim de compreender como ocorre a atenção à saúde a esses trabalhadores.

No percurso dos trabalhadores entrevistados pelos serviços de saúde foram produzidos diferentes registros técnicos, os quais, além de orientar as ações assistenciais, também são indicadores de saúde do trabalhador, como afirma o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (Brasil, 2001), constituindo-se em uma importante fonte de informações para subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas nesse campo. Essas informações também acenam para os riscos da atividade do setor e auxiliam a compreender as intervenções que se produzem na rede de saúde em relação aos problemas apresentados.

Nesse sentido o quadro com as informações a seguir foi construído a partir das entrevistas, prontuários de saúde do CIS e dos documentos que os trabalhadores apresentavam durante as entrevistas, como exames, atestados médicos, registros da previdência social entre outros.

³¹ Tendo em vista o compromisso ético de manter sigilo em relação à identidade dos entrevistados, e devido aos trabalhadores usuários participantes desse estudo manterem vínculo de trabalho com as indústrias de alimentos, optou-se por não individualizar algumas informações como idade e tempo de serviço. Cabe apontar ainda que, para não identificar os profissionais de saúde, foram suprimidas informações individuais acerca dos mesmos.

³² Os termos percurso e trajetória foram utilizados como sinônimos ao longo da tese.

Quadro 3: Informações sobre o percurso dos trabalhadores pela rede de saúde

Nº	Condição atual	Recebimento de auxílio doença anterior	Tempo de duração do afastamento atual	Diagnósticos		
				F ¹	G ²	M ³
01	Trabalhando	Não	-			X
02	Em auxílio-doença acidentário	Não	10 meses			X
03	Em auxílio-doença	Não	3 anos			X
04	Em auxílio-doença	Não	3 meses			X
05	Em auxílio- doença acidentário	Não	3 anos		X	X
06	Em auxílio-doença*	Não	-	X		
07	Trabalhando	Sim	-			X
08	Em auxílio- doença acidentário	Sim	1 ano e 9 meses	X		X
09	Em auxílio- doença	Não	4 anos e 6 meses	X		
10	Trabalhando	Sim	-			X
11	Em auxílio- doença acidentário	Não	1 ano e 7 meses			X
12	Em auxílio- doença acidentário	Não	1 mês			X
13	Em auxílio- doença	Sim	3 meses	X		X
14	Trabalhando	Não	-			X
15	Em auxílio- doença	Não	7 meses			X
16	Em auxílio- doença acidentário	Sim	3 meses			X
17	Em auxílio- doença	Sim	3 anos			X

¹ Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99 do CID-10).

² Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99 do CID-10).

³ Doenças do sistema nervoso (G00-G99 do CID-10).

* Foram afastados durante a realização da pesquisa.

Quando os profissionais de saúde relacionam a situação/queixa do trabalhador usuário a uma doença reconhecida, produz-se um diagnóstico, o qual é frequentemente representado por meio do sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Esses diagnósticos orientam as práticas

assistenciais, o percurso dos trabalhadores pela rede de saúde e as ações no campo dos direitos trabalhistas.

Como podemos observar no quadro anterior, os diagnósticos recebidos pelos trabalhadores entrevistados neste estudo estão localizados em três grupos do CID-10, sendo eles: o grupo F, no qual se descrevem os transtornos mentais e comportamentais, o grupo M, que diz respeito às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e o grupo G, que representa as doenças do sistema nervoso.

No quadro acima se observa que, dos dezessete trabalhadores usuários participantes do estudo, quinze têm diagnósticos de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (grupo M do CID-10), sendo esse o diagnóstico predominante. Um dos trabalhadores (5), além do diagnóstico do grupo M, tem também o diagnóstico de doença do sistema nervoso (grupo G) e dois (8 e 13) têm também diagnóstico de transtorno mental e comportamental (grupo F). Como se pode observar há dois trabalhadores (6 e 9) que têm somente diagnósticos do grupo F.

Os diagnósticos recebidos por esse grupo de trabalhadores, bem como as queixas por eles trazidas, caracterizam a forte presença das LER/DORT nesta categoria. Essas informações vão ao encontro do que se observou nas notificações em agravos à saúde do trabalhador, obtidas junto ao CEREST de Chapecó. As mesmas evidenciaram que no período de 2008 a 2010 foram realizada cinquenta e oito notificações de agravos dos trabalhadores das agroindústrias da região, das quais quarenta e quatro receberam diagnósticos do grupo M do CID-10. Entre esses diagnósticos, os mais frequentes (vinte e dois casos) foram de Sinovite/Tenossinovite e Síndrome do Manguito Rotador, ambas comumente descritas entre as LER/DORT.

A prevalência das LER/DORT nos trabalhadores das indústrias de alimentos da região estudada, também é mencionada no estudo de Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009) acerca dos dados do INSS de Chapecó referentes ao período de 2004 a 2008. Esses dados indicam que os diagnósticos realizados na avaliação pericial de trabalhadores vinculados a duas agroindústrias do setor, concentravam-se nos grupos M, F e G do CID-10. Nesse sentido, nos 2.983 afastamentos do trabalho, 833 trabalhadores (28%), receberam diagnósticos do grupo M, 624 trabalhadores (21%) receberam diagnósticos do grupo F e 1.526 (51%) tiveram diagnosticadas doenças dos grupos F, G e M.

A condição atual dos trabalhadores indica o afastamento ou não do trabalho por incapacidade laboral devido aos problemas de saúde. Nesse sentido, podemos observar no quadro anterior que treze dos

dezessete usuários entrevistados estavam afastados do trabalho recebendo auxílio-doença, sendo que a um desses trabalhadores o benefício foi concedido após a realização da entrevista, enquanto a pesquisa de campo ainda estava em curso. Em relação aos quatro entrevistados que estavam trabalhando, dois deles mencionaram que já haviam recebido auxílio-doença anteriormente, o que evidencia que somente dois trabalhadores entrevistados nunca foram afastados do trabalho por incapacidade laboral. Cabe apontar ainda, que três dos trabalhadores que estavam afastados do trabalho no momento da pesquisa recebiam o auxílio-doença pela segunda vez, considerando-se apenas o período em que esses mantinham vínculo de emprego com as agroindústrias.

Em relação ao tempo de afastamento do trabalho, pode ser observado no quadro anterior que este variava de um mínimo de mês³³ a um máximo de quatro anos e meio. Assim, seis trabalhadores estavam afastados do trabalho recebendo auxílio-doença há até um ano, dois trabalhadores estavam afastados há mais de um ano e meio, três trabalhadores há três anos e um trabalhador estava em auxílio doença a mais de quatro anos.

A presença de trabalhadores do setor em auxílio-doença vinculados ao CIS em que foi realizado o estudo também se apresentou no mapeamento de trabalhadores usuários para realizar a entrevista, junto às agentes de saúde de duas microáreas do CIS. Nesse sentido, além dos dezessete trabalhadores entrevistados, foram identificados mais vinte e seis trabalhadores do setor afastados do trabalho recebendo auxílio doença, dos quais sete com diagnóstico de depressão e dezenove por LER/DORT, o que corrobora com as informações descritas anteriormente.

Em relação aos auxílios-doença concedidos, os auxílios-doença acidentários são aqueles em que é reconhecido o nexo causal ou técnico entre a atividade laboral e a doença. No quadro 3 se observa que dos catorze auxílios-doença concedidos, apenas seis trabalhadores receberam auxílio-doença acidentário. Chama a atenção ainda que entre os oito trabalhadores usuários que estavam afastados do trabalho sem o reconhecimento do nexo técnico, estão os três casos (6, 9 e 13) cujo afastamento ocorreu pelo diagnóstico inicial de transtornos mentais e comportamentais. No outro caso que recebeu o diagnóstico do grupo F (usuário 8), esse não foi a causa do afastamento, sendo considerado um

³³ Não está sendo considerado aqui o trabalhador que foi afastado depois da realização da entrevista.

quadro secundário ao quadro de LER/DORT. Cabe destacar ainda que no caso da trabalhadora usuária 3, em que não é estabelecido onexo, ela foi afastada do trabalho após sofrer um acidente doméstico, apesar de esta apresentar um quadro de LER/DORT anterior ao acidente.

2.2.2.2 Queixas em saúde relacionadas ao trabalho

A palavra queixa é frequentemente utilizada no campo da saúde, para se referir às dificuldades que os usuários comunicam aos profissionais de saúde, no seu contato com os serviços. Nesse sentido, faz-se menção ao termo para falar de aspectos como a importância em se identificar as principais queixas em saúde e de acolher essas queixas, bem como de ouvir para além delas reconhecendo outros elementos importantes para o processo de saúde e doença do usuário, o que é preconizado por documentos da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c; Brasil, 2008b; Brasil, 2009).

Na busca por uma definição desse conceito, a fim de utilizá-lo no presente estudo, buscou-se o dicionário, o qual define queixa como “reclamação fundada em prejuízo ou em ofensas recebidas com diminuição moral ou física de qualquer natureza. [...] Palavras de sentimento, de dor ou desgosto; lamentação. Causa de ressentimento. Exposição de sofrimentos; [...] choro, pranto” (Gregorim, 2007, s/p). A partir dessa descrição, se observa que há semelhanças entre o uso corrente do termo no campo da saúde e a definição dele no sentido genérico.

A partir do exposto, o sentido da expressão queixas em saúde neste trabalho se refere não à doença em si, mas àquilo que o trabalhador expressa e/ou comunica sobre seu estado de saúde quando questionado em relação ao mesmo. Esta noção identifica, assim, experiências de mal estar ou desconforto dos sujeitos entrevistados, que têm no trabalho a sua origem ou que estabelece uma relação direta com ele.

Segue um quadro em que são apresentadas as queixas dos trabalhadores entrevistados, as quais foram organizadas em três grupos distintos, sendo eles: queixas físicas, queixas psicológicas e queixas sociais. Em relação a essa organização, cabe apontar que ela tem fins meramente didáticos, a fim de dar visibilidade aos diferentes campos que permeiam as dificuldades em saúde dos entrevistados. Nesse

sentido, os grupos mencionados não podem ser analisados separadamente já que se implicam e condicionam reciprocamente.

Quadro 4: Queixas em saúde relacionadas ao trabalho

QUEIXAS EM SAÚDE RELACIONADAS AO TRABALHO			
Trab	Físicas	Psicológicas	Sociais
01	<ul style="list-style-type: none"> - Dores em uma das mãos e braço, coluna cervical e cabeça, que aumentam durante o repouso e à noite; - Limitação dos movimentos da mão e punho; - Formigamentos e dormência nas mãos durante a noite; - Presença de nódulo doloroso sob a pele; - Alterações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensação de esgotamento físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não poder trocar de emprego devido ao problema de saúde.
02	<ul style="list-style-type: none"> - Dores intensas e contínuas na região da coluna cervical, em ambos os braços e mãos. - Perda e limitação dos movimentos dos braços e mãos; - Formigamento e perda de força nos braços e mãos; - Aumento de peso; - Alterações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Irritabilidade; - Sentimento de tristeza; - Medo do futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não poder trocar de emprego devido ao problema de saúde; - Limitação no exercício nas atividades cotidianas; - Isolamento social.
03	<ul style="list-style-type: none"> - Dores intensas e contínuas nos braços; - Perda e limitação dos movimentos dos braços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação no exercício nas atividades cotidianas.
04	<ul style="list-style-type: none"> - Dores em um dos braços e coluna cervical; - Inchaço na região do braço; - Presença de nódulo doloroso sob a pele. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade. 	

05	<ul style="list-style-type: none"> - Dores em uma das mãos, braço, coluna cervical e perna. - Inchaço e perda de força no braço e mão; - Perda e limitação dos movimentos da mão e braço; - Presença de nódulo doloroso sob a pele; - Perda da sensibilidade da mão; - Aumento de peso; - Alterações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Irritabilidade; - Sentimento de tristeza; - Medo do futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação no exercício nas atividades cotidianas; - Isolamento social; - Conflitos familiares.
06	<ul style="list-style-type: none"> - Dores nos braços durante o exercício do trabalho, que diminuem no repouso; - Formigamento das pernas; - Alterações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; 	
07	<ul style="list-style-type: none"> - Dores nos dedos das mãos, cotovelos, ombros e coluna cervical que aumentam durante o repouso e a noite; - Inchaço e perda de força nos braços; - Limitação dos movimentos dos braços e mãos; - Sensação de dormência nos braços; - Alterações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade; - Sentimento de tristeza; - Sensação de esgotamento físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Não poder trocar de emprego devido ao problema de saúde; - Conflitos familiares.
08	<ul style="list-style-type: none"> - Dores intensas e contínuas em um dos braços e mãos; - Perda e limitação dos movimentos dos braços e mãos; - Sensação de ardência e coceira no braço. - Alterações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Irritabilidade; - Medo do futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação no exercício nas atividades cotidianas; - Não poder trocar de emprego devido ao problema de saúde.

09	<ul style="list-style-type: none"> - Dores na cabeça, região da mão, pulso e ombro; - Presença de nódulo doloroso sob a pele; - Aumento de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Irritabilidade; - Sentimento de tristeza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Conflitos familiares.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Dores em um dos punhos, coluna cervical e uma das pernas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Limitação no exercício nas atividades cotidianas; - Não poder trocar de emprego devido ao problema de saúde.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Dores intensas e contínuas em uma das mãos e braços. - Perda de força e inchaço na região do braço e mão; - Formigamento, sensação de ardência e dormência da mão; - Perda e limitação dos movimentos do braço e mão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade; - Sentimento de tristeza; - Medo do futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação no exercício nas atividades cotidianas;
12	<ul style="list-style-type: none"> - Dores na região do punho que aumentam durante o repouso e à noite; - Inchaço na região do punho; - Perda e limitação dos movimentos da mão e punho. 		
13	<ul style="list-style-type: none"> - Dores intensas e contínuas na região do braço; - Perda e limitação dos movimentos do braço; - Perda de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade; - Sentimento de tristeza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Conflitos familiares; - Limitação no exercício nas atividades

				cotidianas.
14	- Dores na região do braço, que aumentam durante o repouso; - Limitação de movimentos do pulso e braço.			
15	- Dores na região do pulso e cintura pélvica; - Sensação de queimação na região do quadril; - Perda e limitação de movimentos da perna.	- Ansiedade.		
16	- Dores em ambos os braços e na região lombar, que aumentam durante o repouso, - Formigamento na região dos braços e mãos.			- Limitação no exercício nas atividades cotidianas.
17	- Dores na região da cintura pélvica, especialmente para caminhar e ficar de pé.	- Irritabilidade; - Sentimento de tristeza.		- Limitação no exercício de atividades cotidianas; - Conflitos familiares; - Isolamento social.

Em relação ao quadro anterior, cabe apontar que ele representa sujeitos cujos tempos de trabalho nas agroindústrias e os tempos dos percursos pelos serviços de saúde são muito distintos. A idade desses participantes variava de uma idade mínima de vinte e quatro anos a uma idade máxima de quarenta e cinco anos, sendo que a idade média desses trabalhadores era de aproximadamente trinta e sete anos. Em relação ao tempo de vínculo empregatício desses trabalhadores com o setor agroindustrial, esse variava de um mínimo de seis meses a um máximo de vinte e cinco anos, sendo que o tempo médio de trabalho era de aproximadamente onze anos. Já em relação ao tempo de percurso pela rede de saúde em função das queixas, este variava de dois meses a quatorze anos.

Se realizada uma leitura vertical das colunas dispostas no quadro anterior, chama a atenção o fato de que apesar das singularidades que distinguem um caso de outro, é possível observar uma grande semelhança entre as queixas dos diferentes trabalhadores usuários, o que indica a sua origem comum. As queixas físicas dizem respeito às alterações e aos desconfortos nos membros superiores, mas também nos membros inferiores, compreendendo especialmente as dores osteomusculares, as quais são citadas por todos os trabalhadores entrevistados. Os entrevistados fazem menção a frequências e intensidades distintas dessas dores; no entanto, na maioria dos casos relatados elas se manifestam em mais de uma região do corpo, principalmente mãos, braços e coluna cervical. Em dezesseis dos casos, a menção a essas dores vai ao encontro do que Assunção e Vilela (2009) definem como dor crônica, que é aquela cuja duração é maior de três meses.

A dor, com frequência, está associada à limitação e/ou à perda de movimentos dos membros atingidos, o que é citado por quatorze entrevistados. Nesse sentido os trabalhadores relatam especialmente dificuldades para realizar movimentos como erguer o braço, girar o pulso e caminhar. Como ilustra a fala da entrevistada 1: *“Eu não consigo virar a mão assim, por exemplo, para torcer um pano ou então esfregar uma roupa”*, ou como diz a entrevistada 8: *“eu mexo as panelas, faço alguma coisinha que dá com essa mão (mostra mão esquerda), porque eu fiquei um tempo que eu não podia nem escovar meus dentes, pentear meu cabelo, era o meu filho que fazia para mim, era estressante”*.

A limitação e/ou perda dos movimentos indica a cronicidade do problema de saúde e afeta tanto a vida fora da fábrica quanto o desempenho laboral na linha de produção. Nesse sentido, foi possível

observar que com frequência esses danos precedem as tentativas de mudança de função e os afastamentos do trabalho.

As alterações do sono citadas por seis trabalhadores são caracterizadas pela insônia, em que os entrevistados mencionam aspectos como dificuldade para pegar no sono, acordar precocemente e/ou acordar no meio da noite com dificuldade para voltar a conciliar o sono. Isso é ilustrado pela fala da entrevistada 7, que diz: *“De noite eu perco o sono e pra dormir amortece os braços, aí eu deito de um lado amortece, deito de outro amortece. Hoje de manhã eu acordei eram 6h55m, eu chego em casa dez pra uma, quinze pra uma e se eu chegasse e já dormisse, mas daí tu deita e amortece, gela até o coro da cabeça daí demoro para dormir e de manhã qualquer barulho eu acordo”*. Essas queixas apareceram relacionadas ao trabalho em turno noturno e à dor.

Outras queixas físicas mencionadas são também o inchaço e perda de força dos membros atingidos, aumento de peso e as parestesias. Essas se referem às alterações nas sensações cutâneas que no caso dos trabalhadores são em regiões do corpo específicas, sendo as mais recorrentes o frio, queimação e formigamento.

Das queixas psicológicas, a mais frequente é a irritabilidade, a qual é mencionada por dez trabalhadores entrevistados e aparece associada ao quadro geral de saúde. A irritabilidade é descrita pelos trabalhadores usuários por meio de expressões como irritação, nervosismo, estresse, ou agressividade e, com frequência provoca conflitos familiares como expressa a trabalhadora 13: *“eu estressei muito meus filhos e meu marido. Nossa senhora, eu acho que várias vezes eles pensaram em não viver mais comigo, porque têm dias e horas que eu percebo que eu estou passada, que nem eu viveria comigo. Fico nervosa e daí eu falo qualquer besteira, eu xingo, é tudo normal”*. Ou como menciona a entrevistada 7: *“eu ando assim que qualquer coisinha pra mim é um bicho de sete cabeças, qualquer coisinha que me contrariam, tem que ser do meu jeito, tudo do meu jeito, estou assim, muito estressada sabe, e não é por aí, eu sei que não”*.

Em outros casos a irritabilidade está claramente associada ao desconforto físico provocado pela dor, como menciona a trabalhadora 4: *“Eu me irrita bastante, quando eu estou atacada do braço, daí parece que você não está confortável, a gente se sente incomodado, daí você vai fazer alguma coisa começa a doer, daí qualquer coisa te irrita, com dor é mais difícil de enfrentar tudo”*.

A ansiedade também é uma queixa psicológica recorrente, sendo citada por seis entrevistados, os quais com frequência utilizam

esse termo para descrever situações de inquietação, agitação, as quais são comumente acompanhadas de sensações físicas como falta de ar, aperto no peito. A fala do entrevistado 15 ilustra essa queixa: *“às vezes sentia uma coisa ruim aqui sabe, tipo uma ansiedade de trabalhar no fechado, tinha horas que dava vontade de voar lá dentro, só de você pensar em entrar lá [...], já estava difícil pra mim. Às vezes acontece de eu ficar bem ruim também dentro de casa, dormir de noite eu durmo bem, mas parece que eu estou lá na empresa, como se eu estivesse fechado lá, daí parece que falta o ar, que o coração acelera”*.

Queixas em relação a sentimentos de tristeza foram mencionadas por sete entrevistados, sendo que essas se deram em torno da descrição de dois ou mais sentimentos, como desânimo, falta de vontade de fazer as coisas, falta de vontade de viver, choro sem motivo aparente, baixa autoestima, sentimentos que os trabalhadores geralmente nomeavam como depressão. A fala da entrevistada 7 ilustra essa queixa quando diz: *“Eu não sei se é uma depressão ou o que, mas eu sinto um desânimo, um desânimo, ando sem vontade de fazer nada [...]. Aí parece que ninguém gosta de mim, sabe, parece que se eu ficasse aqui mais sozinha é melhor, sei lá por que (choro). Daí tem uma mulher que trabalha lá na empresa que também tem problema nos braços e ela disse, não sei se ela foi à psicóloga ou ao psiquiatra, mas ela disse que está bem melhor, que às vezes são coisas da cabeça da pessoa, mas eu tento esquecer a dor, mas não adianta, não passa”*.

Outra queixa presente é o medo do futuro, trazido por quatro trabalhadores entrevistados. Esse medo foi mencionado somente por aqueles entrevistados que estavam afastados do trabalho pela previdência social em função de incapacidade laboral. Em torno dessa queixa os entrevistados citavam a possibilidade de perder o emprego no retorno ao trabalho, bem como a dificuldade que teriam em se inserir em outra atividade ocupacional diante do adoecimento.

Na direção do que é apontado, a trabalhadora 2 menciona: *“eu fui, mês passado lá na empresa, só de entrar lá já vai me dando uma coisa ruim, uma ansiedade ruim, pensar que se eles me liberarem, tenho que voltar lá todo dia, encarar aquele trecho de novo, não sei se vou conseguir, [...] e eles vão me mandar embora, é só vencer a estabilidade, depois eles me mandam embora [...] e já pensou, eu vou ter que dar um jeito de sobreviver, só com o salário do meu marido a gente não vai conseguir dar a volta, e qual a empresa que vai me pegar com o problema que eu tenho? Não tem empresa que me pegue. Eu tenho medo por causa disso”*.

Já no que diz respeito às queixas sociais, a principal delas é em relação à limitação no exercício das atividades cotidianas, a qual é citada por nove trabalhadores entrevistados e está relacionada à perda e à limitação de movimentos do corpo. De modo geral esta queixa implica a perda de autonomia do trabalhador e a dependência dos familiares para realizar atividades que antes realizavam. Em algumas situações essas limitações passam a ser objeto de conflitos familiares. Nesse sentido, o entrevistado 17 menciona: *“Aí a mulher chega em casa do serviço, daí o cara gostaria de ajudar, mas vai ajudar de que jeito? Então fica pesado pra ela, daí mesmo sem querer, ela te olha e fala alguma coisa, e de repente aquilo lá, ela pensa que não te ofende e te ofende, e eu não sou uma pessoa assim de desabafar, acho que um pouco é isso, eu me guardo pra mim, eu fico martelando, é complicado”* (Trabalhador 17).

Outra queixa social mencionada por seis trabalhadores foi não poder trocar de emprego devido ao problema de saúde. Nesse sentido, os entrevistados se sentem presos ao trabalho na agroindústria pela necessidade de manter a renda e por entenderem que não têm possibilidade de conseguir outro trabalho ante o adoecimento. Como diz a Trabalhadora 7: *“Meu marido não quer mais que eu fique lá, mas se eu sair de lá eu vou fazer o que da vida com problema nos braços, e a gente tem que trabalhar. A gente também sem estudo vai fazer o que? E daí eu não tenho força nos braços, eu não consigo mais outro trabalho”*.

O isolamento social, por sua vez, é uma queixa que aparece na fala dos trabalhadores que estão afastados da atividade e que por isso se distanciaram da rede social de apoio que tinham no trabalho. Esse isolamento ocorre também devido à dor e ao sentimento de tristeza que geram a perda de vontade de sair de casa, bem como de realizar outras atividades.

Se realizada uma leitura horizontal do quadro anterior, tomando as diferentes queixas de um mesmo trabalhador, é possível observar que essas se influenciam e condicionam mutuamente, só podendo ser compreendidas na inter-relação que estabelecem. Nesse sentido, tomando o caso da trabalhadora 2, observa-se esta reciprocidade entre as queixas, quando ela diz: *“Doía bastante à noite e agora não é mais só à noite, é de dia também, dá formigamento nas mãos, comecei a perder os movimentos, daí esfregar uma panela não tenho mais força, esfregar um fogão não tenho força, porque começar a esfregar dá aquele choque sabe, tu perde os movimentos, às vezes eu estou segurando alguma coisa e simplesmente ela cai da minha mão”*.

Na sequência a mesma trabalhadora relata como a dor, a perda e limitação de movimentos, e a limitação no exercício das atividades cotidianas se relacionam com outras dificuldades psicológicas e sociais: *“Sabe, eu não estou muito legal ultimamente (choro), o meu marido disse que eu estou com depressão, é que qualquer coisinha eu estou chorando. (Entrevistadora) Porque você acha que está se sentindo assim? (Entrevistada) Olha, o maior prazer para mim era chegar em casa e ajeitar minha casa, deixar tudo limpinho, organizado (choro), agora me dói ver as minhas coisas jogadas porque eu não consigo mais fazer, e também eu não posso cobrar deles, a minha menina e ele trabalham o dia todo. E essa maldita dor, ela me incomoda, não dá descanso” (Trabalhadora 2).*

A fala da entrevistada 5 também elucida como as diferentes queixas fundem-se ao longo da descrição da dificuldade. *“Eu estou comendo que nem uma vaca, nem fome eu tenho e até vomitar eu vomito. Não é que eu queira comer, é uma ansiedade que eu não sei de onde vem, daí eu acabo comendo. Desde que eu me afastei da empresa já engordei 18 quilos. E daí muito nervosa por nada, eu fico brava, meu marido diz que eu tenho que me controlar, mas eu não consigo, parece que eu tenho que por pra fora, daí depois eu me arrependo, de uma onça viro um gatinho”.*

Os relatos mostram como as queixas físicas de dor, perda e limitação dos movimentos, aumento de peso, estão relacionadas às queixas psicológicas de ansiedade, irritabilidade, sensação de tristeza, e às queixas sociais de limitação no exercício das atividades cotidianas e conflitos familiares. Este panorama das queixas em saúde deve auxiliar a compreender quais destas queixas chegam aos serviços de saúde, sendo alvo de práticas assistenciais, que práticas são essas e como elas influenciam na condição de saúde desses trabalhadores usuários.

Capítulo 3: CONTEXTO DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS

Este capítulo apresenta a dimensão de análise I, em que são discutidos alguns aspectos do contexto de trabalho no setor agroindustrial que se destacaram na relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores da linha de produção. Esses aspectos permitem delinear riscos desses contextos laborais, as formas de prevenção aos mesmos e compreender o que gera o grande fluxo dos trabalhadores do setor nos serviços de saúde na região estudada. Essa discussão se dá por meio da análise de quatro categorias gerais, que são: a intensificação do trabalho; os tempos de trabalho, o contexto sociolaboral e a gestão dos riscos laborais. No entanto, antes de adentrar nas categorias, segue uma breve caracterização do setor agroindustrial e sua importância na região em que foi realizado o estudo.

3.1 O contexto agroindustrial no oeste catarinense

A atual organização econômica e social do oeste catarinense³⁴ está intrinsecamente atrelada ao processo de agroindustrialização que ocorreu na região a partir de 1970. Este, de acordo com Paim (2003), foi impulsionado pelas políticas agrícolas adotadas no Brasil desde o referido período, as quais visavam à expansão industrial do país e à sua competitividade no mercado internacional. Estas políticas priorizaram a agricultura empresarial de larga escala em detrimento da agricultura familiar, a qual predominava na região em questão, mudança que segundo Veiga (2003) produziu as condições necessárias para o crescimento do setor agroindustrial que se operou desde então.

O período de 1970 a 1990, de acordo com Espíndola (1999), consagrou a expansão das agroindústrias no oeste catarinense e selou a dependência econômica dos municípios da região a estes empreendimentos, de modo que, conforme Campos (1987), as crises do setor agroindustrial passaram a representar crises na economia regional. Isso porque o crescimento das referidas indústrias também determinou a

³⁴ “Entenda-se por Região Oeste Catarinense a área que compreende as microrregiões de São Miguel D’oeste, Chapecó, Xanxerê, Joaçaba e Concórdia. Trata-se de uma região com cerca de 27.218 Km² [...]. O Oeste catarinense é caracterizado na economia nacional, como o maior pólo de frigorificação de carnes suínas e avícolas” (Espíndola, 1999, p. 17). De acordo com Lins e Coletti (2010), o IBGE denomina esta área como Mesorregião Oeste Catarinense, sendo que a mesma engloba 117 municípios.

expansão de outras atividades produtivas relacionadas a estas, como o setor metal mecânico, que se voltava ao transporte da produção e o setor de serviços, que visava atender ao novo contingente de trabalhadores assalariados (Goulart Filho, 2002).

A partir da década de 1990, a indústria de alimentos viveu um processo de reestruturação produtiva, que teve como pano de fundo a modernização tecnológica, a diversificação produtiva e a centralização do capital no setor (Espindola, 1999). A modernização tecnológica foi possibilitada pela emergência de um conjunto de tecnologias no campo da microeletrônica e da biotecnologia, que foram incorporadas ao processo de produção. Exemplo disso são as inovações em relação ao material genético dos animais que permitem o seu crescimento mais rápido e a automatização de partes do processo de produção.

Já a diversificação produtiva está relacionada a aspectos como a mudança de hábitos alimentares e a própria expansão do setor no país. Assim, embora a atividade principal das agroindústrias da região seja o processamento de carnes de aves e suínos, segundo Lins e Coletti (2010), a partir de 2000, essas empresas passaram a fabricar outros produtos alimentícios, como margarinas e congelados.

A centralização do capital ocorreu em sintonia com os processos de globalização e geraram, ainda de acordo com Lins e Coletti (2010), fusões e aquisições que conduziram a novas mudanças nas estruturas produtivas. Entre essas se destaca o maior controle sobre a produção agrícola e a desnacionalização do capital agroindustrial. A fusão das empresas Perdigão e Sadia em 2009, que deu origem à Brasil Foods, é um exemplo do processo referido. Essa junção, segundo reportagem do jornal Folha Salvador de 2009³⁵, deu origem “à maior processadora de carne de frango do mundo em faturamento [...] com uma receita líquida anual aproximada de US\$ 9,5 bilhões”, o que é um indício do poder econômico que detém este setor produtivo.

A importância econômica que vem assumindo o setor agroindustrial no Brasil é demonstrada pelo relatório da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (CEPAL/FAO, 2009), o qual aponta o país como terceiro maior produtor de aves do mundo e como o maior exportador, detendo um terço do comércio global. Nesse contexto, o estado de Santa Catarina liderava, até 2008, a

³⁵

Reportagem

disponível

em:

<http://folhasalvador.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1807:sadia-e-perdigao-se-unem&catid=126:cesta-basica&Itemid=265>.

produção e exportação de aves no cenário nacional (Reche & Sugai, 2008).

O município de Chapecó ocupa lugar de destaque nesse contexto, sendo considerado, segundo os autores anteriormente referidos, o mais importante centro agroindustrial do país, o que lhe rendeu o título de capital brasileira da agroindústria. Este ainda é símbolo da cidade, mesmo ante a expansão do setor de serviços, que hoje já representa 71,25% do PIB municipal³⁶. Atualmente Chapecó sedia grandes empresas do setor, como Aurora Alimentos, Brasil Foods e Bondio Alimentos. Estas, juntamente com agroindústrias de menor porte, de acordo com os dados do IBGE (2009), empregam aproximadamente 18% da força de trabalho ocupada do município, como já apontado na introdução deste trabalho.

A força de trabalho atualmente empregada nas agroindústrias é em sua maioria oriunda do êxodo rural-urbano suscitado pelo modelo econômico imposto pelo capital agroindustrial. Nesse sentido, Talamini e Kinpara (1994) destacam a inserção da agricultura familiar no sistema de integração, o qual se caracteriza como uma “parceria” entre o produtor rural e a indústria de alimentos, especialmente na criação das aves e suínos destinados ao abate. A implementação deste sistema, de acordo com Paim (2003), contribuiu para o empobrecimento dos pequenos produtores familiares, já que gradativamente as indústrias de alimentos foram assumindo o controle de toda a cadeia produtiva, determinando quanto, como e onde se devia produzir. Esse processo conduziu também a uma especialização da atividade do trabalhador integrado, que, de acordo com Goulart Filho (2002), culminou com a grande redução no número destes a partir da década de 1990.

Ante este cenário os pequenos agricultores que não se adaptam às novas condições de produção, de acordo com Reche e Sugai (2008), migraram para cidades maiores como Chapecó, em busca de melhores condições de vida, sendo muitas vezes incorporados à linha de produção das agroindústrias. Estes trabalhadores, de acordo com Paim e Oliveira (2004), geralmente são os membros mais jovens das famílias que têm a agricultura familiar como atividade econômica principal e

³⁶ Os dados da Prefeitura Municipal de Chapecó demonstram que a participação do setor secundário na economia do município em 2009 foi de 22,24% contra 71,25% do setor terciário. Prefeitura Municipal de Chapecó (2012). **Chapecó em dados**. Recuperado em 13.abr.2012 de

<http://www.chapeco.sc.gov.br/attachments/site_chapeco_dados/1/chapecoemdados-marco2012.pdf>.

residem tanto no interior de Chapecó quanto nos municípios vizinhos. O que apontam os autores vai ao encontro da trajetória de trabalhadores participantes desta pesquisa, como ilustra a fala do entrevistado 15: *“Nós trabalhávamos na agricultura, mas nós fazíamos só pra nos manter, daí quando completei idade eu disse pro pai, eu vou tomar meu rumo, não dava, daí que eu vim embora pra Chapecó, eu tinha o meu irmão mais velho que já morava aqui, ele já trabalhava em uma agroindústria, daí eu vim embora pra cá e entrei lá também”*.

Observa-se ainda que dos dezessete trabalhadores entrevistados na pesquisa, nove são ex-agricultores que migraram de municípios vizinhos em busca de trabalho em Chapecó. Esses, assim como o entrevistado 15, mencionaram que a dificuldade em viver das atividades agrícolas levou à busca de melhores condições de vida em uma cidade com mais oportunidades de trabalho. Nesse sentido, a agroindústria é apontada como um local *“mais fácil de conseguir emprego”* especialmente pela baixa escolaridade dos trabalhadores do setor, e pela familiaridade com o manejo de animais, inclusive nas atividades de abate devido à procedência do meio rural, relação também observada por Graf (2009) e Graf e Coutinho (2010). É recorrente ainda nas falas dos entrevistados que grande parte dos colegas de trabalho têm trajetórias semelhantes, o que também é mencionado por diversos profissionais de saúde que trabalham no Centro Integrado de Saúde que fez parte deste estudo.

Segundo Ben (2006), também há uma preferência das fábricas do setor agroindustrial pela contratação de ex-agricultores, já que essas prezam pela constituição de uma força de trabalho livre de vícios e com formação familiar para este tipo de atividade. Neste sentido, o entrevistado 17 diz: *“Eu trabalhava no carregamento e naquela época não tinha as máquinas como tem hoje, era tudo na base da força física, mas sabe, pra gente que vinha da roça tudo parecia fácil, você não tem muita experiência, e eu continuei trabalhando, até que fiquei doente”*.

Os trabalhadores que conseguem se inserir nas agroindústrias, segundo Ben (2006), acabam residindo no seu entorno, constituindo bairros de operários, como é o caso do local em que foi realizado o estudo, região que, segundo a autora mencionada, anteriormente, chamava-se Vila Sadia. Assim, são recorrentes as falas dos profissionais de saúde do CIS de que o bairro em questão é constituído por trabalhadores da agroindústria, como diz uma agente de saúde: *“quem mora aqui, ou trabalha ou já trabalhou em frigorífico”* (notas do diário de campo).

A força de trabalho constituída predominantemente por migrantes oriundos do campo facilitou a implementação dos modos de trabalho no interior das fábricas, bem como a prática dos baixos salários do setor agroindustrial. Segundo Paim e Oliveira (2004), também favoreceu esse processo a incipiente organização sindical e a “passividade” e “docilidade” destes trabalhadores. A colocação do referido autor vai ao encontro do que afirma Braverman (1981), de que os trabalhadores que provêm de contextos de trabalho distintos como o meio rural, ao chegarem à cidade se inserem em uma realidade nova e desconhecida, o que influencia para que eles admitam a organização do trabalho sem discutir.

A partir das colocações anteriores se pode apontar que a história do setor agroindustrial confunde-se com a história recente do município de Chapecó, cujo crescimento econômico e expansão demográfica estão intimamente relacionados a esta atividade. Nesse sentido, o considerável contingente de trabalhadores empregados no setor compõe o quadro de usuários dos serviços de saúde do município, como a Atenção Básica, sendo que o adoecimento destes trabalhadores evidencia as problemáticas do trabalho nesse contexto. Por outro lado, a importância econômica que o capital agroindustrial assume na região ao longo do tempo vai se constituir em um atravessamento importante para o exercício das políticas voltadas à saúde e à segurança do trabalhador e consequentemente à produção de cuidado.

3.2 A intensificação do trabalho no setor agroindustrial

A intensidade do trabalho segundo Dal Rosso (2006a) diz respeito ao dispêndio de energia do trabalhador para a realização do trabalho, ou como diz Marx (2002), implica a absorção da força de trabalho no processo produtivo. O conceito de intensidade se inscreve assim na dimensão humana do trabalho, já que “... não se trata de examinar o desempenho das máquinas ou outras coisas quaisquer. Analisa-se o processo de trabalho, considerado em suas dimensões físicas, intelectuais e psíquicas” (Dal Rosso, 2006b, p. 54). Nesse sentido, a intensificação do trabalho compreende uma ampliação quantitativa deste e/ou na sua melhora qualitativa, dentro da mesma unidade de tempo, em que na expressão de Marx (2002, p. 468) ocorre o “preenchimento mais denso dos poros da jornada”.

A partir dos relatos dos trabalhadores entrevistados, observou-se que vem ocorrendo um processo de intensificação do trabalho nas linhas de produção das agroindústrias da região estudada. Esta

intensificação se evidenciou como um aspecto importante para a saúde dos trabalhadores do setor, e como um atravessamento significativo na demanda que os mesmos apresentam aos serviços da rede de saúde. Esse processo está relacionado a aspectos como as características dos processos de trabalho no interior das fábricas, às diferenças no desempenho entre os trabalhadores da linha de produção e ao quadro funcional incompleto.

Dentre as características do processo de trabalho no interior das agroindústrias, a *divisão pormenorizada do trabalho* ganha destaque, já que é elevada ao expoente máximo, estando presente nas diferentes funções deste contexto fabril. Os processos de intensificação do trabalho, segundo autores como Castel (1998) e Antunes (2003), são inerentes aos modos de produção atuais. Nesse sentido, o aumento quantidade de trabalho que um sujeito pode realizar por meio da divisão pormenorizada do trabalho é algo posto desde os primórdios do capitalismo industrial, como se pode observar na análise de Adam Smith (2003). Ele destaca que a fragmentação do trabalho leva ao aumento da destreza dos trabalhadores, à economia de tempo por não ter que mudar de uma atividade a outra, bem como favorece a invenção de máquinas que facilitam o trabalho.

No caso das agroindústrias estudadas, a divisão pormenorizada do trabalho faz com que cada trabalhador da linha de produção desempenhe uma atividade bastante específica e reduzida no processo produtivo, como expressa a trabalhadora 7: *“O meu trabalho era pesar o peito de peru [...], a gente pesava ele na balança e jogava na mesa, aí tinham umas meninas que passavam ele no funil para colocar uma redinha, outros que amarravam a redinha lá na ponta e outros que selavam”*. Já a trabalhadora 1 relata atividades distintas realizadas em empresas diferentes, mas cujo trabalho é igualmente parcelarizado: *“Na empresa em que eu estava antes eu só desossava coxas de frango e na empresa em que eu estou agora eu fico a maior parte do tempo carimbando etiquetas, é só um serviço”*.

No processo de intensificação do trabalho que ocorre no setor agroindustrial, à divisão pormenorizada das tarefas alia-se o uso das nórias, muito presentes nas linhas de produção dos frigoríficos. De acordo com Harvey (1992), essas esteiras transportadoras ajudam a evitar o deslocamento do trabalhador e auxiliam no controle do tempo dispensado à execução da atividade. Nesse sentido, as nórias são um símbolo destas indústrias, no entanto, representam apenas um dentre vários dispositivos de controle utilizados para sincronizar e ampliar o ritmo de trabalho no espaço fabril. Esse ritmo, por sua vez, é definido

não pelo trabalhador, mas pela gerência por meio do estabelecimento de altas metas de produção.

Os trabalhadores participantes da pesquisa descreveram dois níveis de metas de produção que precisam ser cumpridos, sendo uma individual, que representa a quantidade de trabalho que cada funcionário deve realizar até ao final da jornada. O outro nível de metas é coletivo, ou seja, é definido para o grupo de trabalhadores que atua em uma determinada célula de produção ou, como os entrevistados chamam, “*mesa de trabalho*”.

As altas metas de produção impostas aos trabalhadores do setor agroindustrial são muito mencionadas na literatura, como pode ser observado em trabalhos como de Neli (2006) e Santos (2011) ou ainda em fiscalizações do Ministério Público do Trabalho às empresas do setor, como expressa o Termo de Ajuste de Conduta (TAC), emitido pelo Ministério Público do Trabalho em 2011 (Ministério Público do Trabalho, 2011). Isso vai ao encontro da realidade descrita pelos diferentes sujeitos que participaram desta pesquisa, como ilustra a fala da trabalhadora 10: “*A gente tem um mínimo de coxas que tem que fazer que são cinco por minuto, mas dependendo da meta esse número aumenta. (Entrevistadora) E vocês sabem qual é a meta? Tem um quadro lá que diz o número de abates daquele turno, mas eu não me interesseo muito em saber, a gente sabe pela velocidade da nória quando a meta está maior, porque vai mais rápido*”.

A trabalhadora 6 também aponta a definição das metas na realização da atividade: “*tudo tem meta, tem que atingir uma meta de carne, uma meta de gordura, e um que não acompanhe estraga toda a mesa, tem que ser rápido*”. Na direção do que aponta a entrevistada, “*estragar a mesa*” significa prejudicar a meta coletiva estabelecida para aquela célula de produção. Nesse sentido, os próprios trabalhadores cobram o cumprimento das metas entre si, colaborando para o controle do trabalho.

Autores como Espíndola (1999) apontam como estas indústrias de alimentos têm investido no aumento das metas de trabalho individuais e coletivas para ampliar a produção. Nesse sentido, cabe mencionar a fala de um gerente de uma indústria do setor entrevistado pelo referido autor:

Nós abatíamos 700 suínos/dia e, na sala de desmanche dos suínos 120 operários faziam o serviço em 10 horas. Aí eu pensei: vou pagar por produtividade. Em dois meses coloquei os 120 limpando retalhos e comecei a controlar. Daí eu encontrei funcionário que limpava 11 kg/h e outros que limpavam 2 kg/h. A média geral era de 6 kg/h. [...] Daí eu

cheguei para eles e disse: quando vocês chegarem a 25 kg/h eu vou passar a pagar vocês com salário de primeira (um salário mínimo e meio). Depois de quatro meses eles alcançaram a marca. Daí eu falei que iriam ganhar mais X se chegassem a 45 kg/h. Isto deu certo. (Espíndola, 1999, p. 48).

A fala acima remete ao que menciona Neli (2006), de que houve um aumento de produção no setor a partir da década de 1990, o qual não teria correspondido na mesma medida à criação de postos de trabalho. Esse aumento de produtividade de acordo com o referido autor é possibilitado por aspectos como a automatização de partes do processo produtivo, ao que Espíndola (1999) agrega a aceleração do ritmo de trabalho na linha, que caracteriza o processo de intensificação acima mencionado. Nesse sentido, a intensificação do trabalho possibilita o que Marx (2002) denomina como ganho de eficácia por meio da ampliação e condensação do trabalho.

A fala do trabalhador vinculado ao sindicato³⁷ e à Associação dos Vitimados do Trabalho, o qual trabalhou por doze anos em uma agroindústria, também remete ao processo de intensificação: “... *lá funciona assim, a pessoa produz dez quilos de linguiça a hora, no mês que vem eles colocam para doze quilos a hora. Se a pessoa consegue atingir essa meta, eles tentam subir. Então eu acho assim que, no geral, as empresas cobram muito do funcionário, muita meta, muita meta, eles só querem produzir e esquecem que amanhã eles podem ter um problema de saúde no funcionário*”.

Esse processo se assemelha à noção taylorista de ótimo dia de trabalho³⁸, o qual, segundo Braverman (1981), representa a execução das atividades em um ritmo que leva o trabalhador ao limite fisiológico, o que é expresso na fala da trabalhadora 14, quando diz: “... *a gente vai fazendo e eles vão largando* (referindo-se as peças de carne na esteira), *vão largando até que a gente aguenta*”. Os modos de trabalho no interior dessas fábricas remetem também a noção de homem-boi cunhada por Taylor, em que o trabalhador é reduzido a um corpo forte e resistente ao qual se deve explorar o máximo da capacidade produtiva (Braverman, 1981).

³⁷ Vale retomar, conforme descrição presente no método, que este profissional estava vinculado a um sindicato que vinha na ocasião do trabalho de campo desta pesquisa, tentando representar os trabalhadores do setor a fim de fazer oposição ao então sindicato da categoria.

³⁸ Esta expressão é cunhada por Taylor e diz respeito a “todo o trabalho que um operário pode fazer sem dano à sua saúde, em um ritmo que pode ser mantido através da sua vida de trabalho” (Braverman, 1981, p. 91).

À ampliação quantitativa da produção com o estabelecimento de altas metas soma-se uma necessidade de melhora qualitativa do trabalho realizado, que é imposta por meio do *controle de qualidade*. Esse é feito por meio da fiscalização constante das atividades realizadas na linha e também resulta na intensificação do trabalho. Nesse sentido, a trabalhadora 6 diz: *“Você tem que fazer bem feito, que se você não faz bem feito o encarregado vem e diz que não está bem e que você tem que fazer bem para não estragar a mesa”*. Ou ainda, como aponta a trabalhadora 14: *“Eles (referindo-se aos supervisores) ficam te cobrando, você não pode deixar uma carinha no osso, tem que cuidar, cuidar, cuidar, e eles vão recolhendo o que não está bom, às vezes eles chegam pra ti com aquela bacia cheia de ossos pra refazer, porque cada carne que vai no osso é uma perda, então esse é o pior, não é só desossar, você tem que cuidar aquilo ali”*.

A intensificação do trabalho nas agroindústrias também é gerada pelas *diferenças no desempenho dos trabalhadores*, tendo em vista as características do processo de trabalho, especialmente as altas metas de produtividade impostas. Essas diferenças no desempenho são ocasionadas por questões como a rotatividade de funcionários nas fábricas e pela presença de trabalhadores doentes na linha de produção.

As agroindústrias da região estudada apresentam altas taxas de *rotatividade (turnover)*, como pode ser observado nas informações do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) (Ministério do Trabalho e Emprego, 2011b), referente às admissões e desligamentos ocorridos no município de Chapecó no período de 2007 a 2011:

Quadro 5: Frequência das admissões e desligamentos nas ocupações de abatedor e magarefe no município de Chapecó no período de junho de 2007 a junho de 2011

CBO Freq*	Admissões		Desligamentos					Total
	Total	Dispensa s/ justa causa	Dispensa c/ justa causa	A pedido empregado	Término contrato	Apo sent	Morte	
2º Abat	6.715	3.235	733	2.932	380	0	18	7.298
5º Maga refe	7.776	1.343	662	3.457	603	0	16	6.081
Total	14.491						Total	13.379

* CBO - Frequência relaciona-se à ocorrência de rotatividade num dado período de tempo de acordo com a ocupação definida na Classificação Brasileira de

Ocupações (CBO). Nesse sentido, quanto menor a posição numérica, maior a rotatividade.

Fonte: CAGED (Ministério do Trabalho e Emprego, 2011b).

No quadro acima se observa que entre as vinte ocupações que mais desligaram e mais contrataram no município nos últimos cinco anos, estão às atividades de abatedor³⁹ em segundo lugar e magarefe em quinto lugar, ambas comuns às linhas de produção das agroindústrias. O saldo total de contratações destas ocupações no referido período é de 14.491, contra 13.379 demissões, o que indica uma dinâmica intensa de trabalhadores entrando e saído dessas funções. O estudo de Santos (2011) também evidencia o alto *turnover* no setor, ao mencionar que em alguns períodos a empresa Sadia de Chapecó chega a ter uma rotatividade de 20% da força de trabalho em um único mês.

A menção à alta rotatividade nas linhas de produção das agroindústrias foi feita por diferentes sujeitos ao longo da realização desta pesquisa, e denota as difíceis condições de trabalho no setor. Essa questão é ilustrada pela fala de agente de saúde que trabalhou como técnica de enfermagem em uma destas empresas: *“Saía bastante gente, tinha gente que era contratada hoje e ficavam dois dias e já saía, pediam as contas, outros trabalhavam algumas horas e saíam, cheguei a ver pessoas que trabalharam duas, três horas e já pediram para ir embora”* (Agente de saúde 2).

Os trabalhadores entrevistados também destacaram a presença da rotatividade no cotidiano de trabalho na fábrica, como ilustra a fala da trabalhadora 6: *“Tem pouca gente ali, tem gente que desiste, que trabalha um mês e desiste, tem muita gente. E tem gente que vai um dois dias já vai embora e não volta mais”*. Ou como menciona a trabalhadora 2: *“Hoje eu fui lá no setor de recursos humanos, é cheio de gente na*

³⁹ A CBO define a ocupação de Magarefes e afins, código 8485, como aquela que envolve as funções de abatedor, açougueiro, desossador, magarefe e retalhador de carne. A descrição dessa ocupação é: “Abatem bovinos e aves controlando a temperatura e velocidade de máquinas. Preparam carcaças de animais (aves, bovinos, caprinos, ovinos e suínos) limpando, retirando vísceras, depilando, riscando pequenos cortes e separando cabeças e carcaças para análises laboratoriais. Tratam vísceras limpando e escaldando. Preparam carnes para comercialização desossando, identificando tipos, marcando, fatiando, pesando e cortando. Realizam tratamentos especiais em carnes, salgando, secando, prensando e adicionando conservantes. Acondicionam carnes em embalagens individuais, manualmente ou com o auxílio de máquinas de embalagem a vácuo. Trabalham em conformidade a normas e procedimentos técnicos e de qualidade, segurança, higiene, saúde e preservação ambiental” (Código Brasileiro de Ocupações, 2002). Disponível em <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>. Acesso em 08 de maio de 2012.

sala, uns fazendo ficha, uns mandaram embora, outros pediram as contas, outros estão de atestado e assim de gente pra entrar”.

Também é interessante observar que aproximadamente 50% das demissões que ocorreram de acordo com os dados do CAGED dispostos anteriormente, são a pedido do empregado. Nesse sentido, a pesquisa realizada por Arruda e Cunha (2009), em empresa do setor agroindustrial localizada em Chapecó, aponta que essas demissões são motivadas pelas difíceis condições de trabalho desta atividade. Assim, de acordo com as referidas autoras, os funcionários que solicitam desligamento trazem aspectos como “ser um trabalho pesado e ruim”, “não se adaptarem ao trabalho em ambientes fechados”, “terem medo de trabalhar com facas” e “falta de perspectiva no trabalho”, questões que também perpassaram as falas dos trabalhadores participantes deste estudo.

Além de ser um indicador das dificuldades em relação às condições de trabalho, a alta rotatividade leva à presença constante de funcionários novos e que ainda não dominam a atividade, sobrecarregando os trabalhadores mais experientes que têm que realizar uma quantidade de trabalho maior. A trabalhadora 7 expressa isso quando diz: *“Lá era um pauleirão, daí vinha gente nova e as mais velhas que tinham experiência tinham que se lascar, Deus, por isso a gente está arreventado, eu já falei pro chefe, eu estou assim de levar os outros nas costas”.*

Como pode ser observado na fala, a referida entrevistada relaciona seu problema de saúde a esta intensificação do trabalho na linha, assim como faz a entrevistada 2 que diz: *“Não é à toa que eu estou arreventada, porque eu sempre queria fazer o trabalho direito e sempre faltava gente, sempre tinha gente nova entrando e nós tínhamos que dar conta da meta”.* Nessa fala novamente aparece a questão da necessidade dos trabalhadores que estão na célula de produção terem que atender a meta imposta para o grupo, a qual não necessariamente era proporcional aos trabalhadores presentes, o que aumentava as metas individuais.

A trabalhadora 6, que ainda estava aprendendo a função, também menciona a intensificação do trabalho para os funcionários mais experientes pela inserção de trabalhadores que ainda não dominam a atividade: *“Ali na mesa nós somos as mais novatas, aí eles (referindo-se aos demais trabalhadores da linha) entendem porque como eles já sabem há muito tempo eles fazem mais rápido. Mas daí tem uns lá que eles já*

gritam ‘meu Deus do céu esse show⁴⁰ enorme nós vamos ficar no final fazendo show dos outros’, só que daí falam mas no final tem que fazer”.

A sobrecarga gerada pelo processo de intensificação do trabalho contribui para o *adoecimento dos trabalhadores* do setor, e este, por sua vez, gera mais intensificação do trabalho, criando nestas fábricas um ciclo vicioso em torno dessa problemática. Assim, os trabalhadores com problemas de saúde não conseguem ter o mesmo desempenho dos demais no cumprimento das metas de produção. Como menciona a trabalhadora 6: “*Tem uma lá que é bem minha colega que já está lá há três anos e ela deixa o show, ela disse que quando ela entrou ela fazia bem feitinho e rapidinho e que de uns dois anos para cá ela começou a perder a força do braço, daí ela começa bem rapidinho e conforme vai cansando ela vai deixando [...], daí pra não faltar, não pegar atestado e não ficar com aquela dor enorme ela diz que tem que deixar um pouco.*”

Como a intensidade do trabalho é ditada pelas metas coletivas de produção, a diferença de desempenho em função do adoecimento também gera uma demanda maior de trabalho aos demais funcionários do setor, como menciona a trabalhadora 2: “*Dos nove que deveriam estar na mesa, além dos que faltam sempre tem uma ou duas que estão arrebitadas, tem uma lá que morre a mão dela, fica branca e ela perde os movimentos, e ela trabalha lá. Só que para eles isso não importa, a meta, o ritmo de trabalho não diminui*”.

O *quadro funcional incompleto* é outro aspecto relacionado à intensificação do trabalho no setor agroindustrial. Isso está atrelado aos *afastamentos do trabalho* por problemas de saúde, a rotatividade e ao *absenteísmo*⁴¹ nas empresas do setor. Os afastamentos do trabalho⁴² em função de problemas de saúde são muito frequentes no setor agroindustrial, como pode ser observado pela própria condição dos trabalhadores entrevistados. Desses, treze estavam afastados do trabalho no momento em que concederam a entrevista e um foi afastado posteriormente, enquanto a pesquisa de campo ainda estava sendo realizada.

⁴⁰ A expressão *show* é utilizada com frequência pelos trabalhadores das agroindústrias para indicar o trabalho que não conseguem realizar, que é representado, por exemplo, pelas coxas de frango que não são desossadas e acumulam ao lado do trabalhador ao longo da jornada.

⁴¹ O índice de absenteísmo, de acordo com Silva & Marziale (2000), diz respeito às ausências dos funcionários do trabalho, justificadas ou não.

⁴² Consideraremos neste elemento de análise apenas os afastamentos do trabalho determinados por atestados médicos em função de acidentes por incapacidade laborativa temporária, que geram auxílio-doença.

As informações trazidas por Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009) também indicam os altos números de afastamentos nessas indústrias de alimentos. Tomando como base duas das três grandes empresas do setor no município esses autores demonstram que em um período de quatro anos houve dois mil, novecentos e oitenta e três afastamentos do trabalho por meio do INSS⁴³. A trabalhadora 14 evidencia a problemática dos afastamentos do trabalho, quando menciona: *“Sempre faltam duas ou três pessoas na mesa, todos afastados por dor, dor no braço, tem gente que opera os punhos, que dá aquelas bolas sabe, ontem ainda eu vi uma guria, sobe uns bolões nos braços, e daí eles fazem cirurgia né. Todos com o mesmo problema”*.

O *absenteísmo* no setor agroindustrial é mencionado na literatura que discute a relação entre este trabalho e a saúde dos trabalhadores, como pode ser observado em Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009), Delfani (2007) e Takeda (2010). A falta dos funcionários ao trabalho também é mencionada de maneira recorrente pelos trabalhadores entrevistados e profissionais de saúde, já que geralmente são justificadas por meio de atestados médicos. Como menciona a agente de saúde que também foi técnica de enfermagem do SESMT de uma destas indústrias: *“Tinha bastante atestado, bastante mesmo, eles levavam direto no ambulatório, era a gente que recebia. Tinha em média cinquenta atestados por turno de trabalho”*. O que foi observado durante a pesquisa de campo corrobora com a fala desta entrevistada, visto que a emissão de atestados médicos para afastamento do trabalho faziam parte do dia a dia do Centro de Saúde.

Os profissionais de saúde e trabalhadores apontavam sazonalidades em relação ao *absenteísmo*, o qual parece ser maior em períodos específicos, especialmente no início e final de semana, dias em que o trabalho fica mais difícil pela ausência de funcionários na linha, como menciona o trabalhador 3: *“Nos sábados e nas segundas você sofria porque não aparecia muita gente, não iam trabalhar, porque nós trabalhávamos de madrugada”*. Nesse sentido, a trabalhadora 1 também afirma: *“Tem gente que briga, é porque deu pouco no pagamento, sim mas falta dois, três dias no mês. Na segunda sempre falta mais de um. Daí sobrecarrega quem fica”*. Essa informação é corroborada por médico um do CIS que fala sobre a busca de atestados pelos

⁴³ De acordo com Decreto n. 3.048/1999, quando a incapacidade laboral for superior a quinze dias consecutivos, o trabalhador segurado deve ser encaminhado ao INSS para recebimento do auxílio-doença.

trabalhadores do setor: “... *perto dos feriados ou segunda-feira são os dias que mais tem atestado [...] isso acontece direto*”.

As falas de diferentes entrevistados apontam que as faltas de trabalhadores não correspondem à redução das metas de produção do grupo, o qual tem que assumir coletivamente o trabalho excedente, gerando a intensificação, como aponta a entrevistada 1: “*Sempre falta gente, [...] dá tem que fazer o serviço de dois. Que nem lá nas caixinhas, se tem quatro pra fazer caixas e falta um, aí um tem que fazer o serviço do outro, por exemplo se eles precisam dez caixinhas e não tem eles vão colocar a carne onde? Tem que dar jeito, as caixinhas têm que descer*”. Ou ainda como fala a entrevistada 2: “*Se um faltar quem está tem que fazer o trabalho de dois, porque é um setor que não pode deixar pra outro dia, tem que tirar todo o vareio⁴⁴, então se não pegar junto a gente não consegue*”.

O processo de intensificação do trabalho nas agroindústrias não é um fenômeno isolado, e acompanha as tendências dos contextos laborais atuais. Nesse sentido, as características do processo de trabalho no setor revelam um exercício de poder centrado no corpo máquina, como menciona Foucault (2005), em que por meio do seu adestramento e ampliação de suas aptidões, consegue-se maximizar o desempenho dos trabalhadores. Mas nas agroindústrias a intensificação do trabalho é potencializada por aspectos como a diferença no desempenho dos trabalhadores frente à alta rotatividade e ao adoecimento, e pelos quadros funcionais incompletos devido aos afastamentos do trabalho e ao absenteísmo. Essas dificuldades ocorrem sem que se reduzam as metas de produção, de forma que o trabalho realizado seja mais compatível com a capacidade dos trabalhadores.

A intensificação do trabalho, de acordo com Salanova (2009), se manifesta principalmente por meio do alto ritmo de trabalho e da dificuldade em terminar as tarefas no tempo pré-estabelecido. Nesse sentido, a palavra mais mencionada pelos entrevistados ao falar de seu trabalho na fábrica foi rapidez, sendo que a grande velocidade com que o trabalho tem que ser realizado certamente é a característica mais marcante das atividades neste setor produtivo.

A intensificação do trabalho cria inúmeras adversidades que comprometem a saúde dos trabalhadores e agravam o quadro de saúde

⁴⁴ A expressão “vareio” é comum entre os trabalhadores do setor, e representa o trabalho que acumula e eles não conseguem realizar no tempo pré-determinado, por exemplo, as coxas de frango que vêm pela nória e que não são desossadas. Estas geralmente são colocadas em uma gaiola e feitas nos intervalos ou ao final do turno de trabalho.

dos trabalhadores já adoecidos, os quais permanecem longos períodos de tempo na linha, expostos a essas condições de trabalho. Assim, inúmeros estudos apontam a relação entre saúde dos trabalhadores e a intensificação do trabalho, dos quais são exemplos Merlo, Vaz, Spode, Elbern, Karkow e Vieira (2003) e Lima (1998), os quais relacionam esta questão ao aparecimento das LER/DORT. Nesse sentido, também vêm o estudo de Salanova (2009), que discute a relação entre intensificação do trabalho e saúde, a partir do conceito de estresse laboral. Essa problemática ganha mais relevância na sua interação com outras características deste contexto produtivo, como as que envolvem os tempos de trabalho, as quais serão discutidas a seguir.

3.3 Os tempos de trabalho nas indústrias de alimentos

A duração do tempo de trabalho em um determinado contexto, segundo Dal Rosso (2006a), é um importante indicador de qualidade de vida, assim como da exploração do trabalho. Na mesma direção do autor referido, Assunção e Vilela (2009) apontam que a duração da jornada de trabalho, bem como o turno em que esta acontece são considerados indicadores de riscos laborais, já que o período que o trabalhador permanece exposto a determinadas condições de trabalho pode influenciar no aparecimento das doenças ocupacionais.

A jornada de trabalho compreende a quantidade de tempo destinada à realização do trabalho, ou como diz a Constituição Federal (Brasil, 1988), é o espaço de tempo durante o qual o empregado deverá prestar serviço ou permanecer à disposição do empregador. Em relação ao trabalhador assalariado, a duração da jornada de trabalho não pode ultrapassar quarenta e quatro horas semanais (Brasil, 1988), as quais segundo o artigo 58 da CLT devem ser distribuídas em jornadas diárias de oito horas. Se necessário, esta carga horária pode ser ampliada desde que a jornada de trabalho não exceda 10 horas por dia (Decreto-Lei N.º 5.452, 1943).

No caso das agroindústrias da região estudada, a carga horária de trabalho é formalmente distribuída em cinco dias da semana, o que representa uma jornada de trabalho diária de aproximadamente oito horas e quarenta e oito minutos, salvo os trabalhadores que realizam trabalho noturno⁴⁵. Apesar da delimitação da carga horária mencionada, se observa que há um *prolongamento da jornada de trabalho* no setor.

⁴⁵ De acordo com a CLT, artigo 73, § 1º, a hora de trabalho noturno é computada como sendo de 52 minutos e 30 segundos (Decreto-Lei N.º 5.452, 1943).

Isso se dá a partir de questões como a realização de *horas extras*, o que é mencionado por nove dos dezessete entrevistados.

A necessidade de realizar horas extras, de acordo com os entrevistados, se dá para atender as demandas de produção, como menciona a trabalhadora 2: *“No meu setor nós não podíamos sair sem tirar todo o vareio, não tinha deixar para o outro dia, então sempre passava do horário de ir embora, às vezes dava quarenta minutos, uma hora, às vezes mais. Ou então você se arrebatava pauleando para poder sair no horário, mas eles não deixavam ficar para outro dia”*.

Segundo Salanova (2009), a realização de horas de trabalho que ultrapassam as horas contratuais pode ser condicionada pelo excesso de trabalho gerado por meio das flutuações da demanda de produtos e serviços do entorno externo, as quais as organizações buscam atender para se manterem rentáveis e competitivas. A fala do entrevistado 16 ilustra como esse processo ocorre no setor agroindustrial: *“tinha vários meses que a fábrica tinha bastante pedido. Então a gente saía dali, o horário normal era meia noite e quarenta, mas nós saíamos sempre depois das três horas da manhã”*.

Em estudo acerca da saúde de empregados de frigoríficos na região em que foi realizada a pesquisa, Sardá, Ruiz e Kirtsching (2009) mencionam que as jornadas de trabalho exaustivas são um problema do setor agroindustrial em que são comuns horas extras superiores ao limite de dez horas diárias prevista na CLT, sendo comuns jornadas de até quatorze horas e vinte e quatro minutos. A entrevistada 3 menciona esta realidade quando diz: *“Quantas vezes eu tive que trabalhar das 3:00 da manhã até as 15:00 da tarde quando tinha muito serviço. Era difícil, porque eu tinha que ficar muito tempo fora de casa”*.

Reconhecendo esta problemática, o Ministério Público do Trabalho, em Termo de Ajuste de Conduta aplicado a uma empresa do município, determinou que ela se abstinhasse de *“... exigir de seus empregados carga horária de trabalho superior ao permitido legalmente, observada a limitação diária de dez horas”* (Ministério Público do Trabalho, 2011, p. 1). Esse controle pontual que começou a ser exercido pela justiça do trabalho em relação às horas extras aparece na fala dos trabalhadores da referida empresa. *“No começo nós fazíamos muita hora extra, mas ultimamente não estamos mais fazendo porque foi proibido”* (trabalhador 5). Ou como diz o trabalhador 14: *“Eles estão cortando as horas extras, parece que agora não é para ter mais”*.

A ampliação da jornada de trabalho pela realização de horas além das previstas no contrato de trabalho ocorre também devido à não consideração do *período de troca de roupa* e preparação para entrar nos

setores, como aponta a trabalhadora 2: *“Sabia que a empresa X não considera o tempo que eles levam para se trocar? Aqui na empresa Y, eles também não pagavam a troca de roupa, diziam que era um período de tolerância. Mas aí tinha muita gente indo pra justiça, então, agora fazem dois anos que nós assinamos um papel dizendo que eles pagam, mas continua a mesma coisa que antes, só que agora o pessoal não pode cobrar na justiça”*.

A fala da trabalhadora chama a atenção na medida em que indica que as empresas burlam a legislação trabalhista para não reconhecer este período como tempo de trabalho. O que esta entrevistada aponta também é corroborado pelas medidas de regularização propostas pelo Ministério Público do Trabalho para indústria Sadia, em que está disposto que deve ser computado “o tempo destinado à troca de uniformes como de efetiva jornada, nos moldes do art. 4, da CLT” (Ministério Público do Trabalho, 2011, p. 3).

Outro aspecto mais recente que se caracteriza como um alargamento da jornada de trabalho é o *deslocamento de trabalhadores de outras cidades* da região por longas distâncias para trabalhar nos frigoríficos, devido a dificuldade dessas empresas em completar o quadro de pessoal, como afirma o trabalhador 17: *“... é que hoje eles vão buscar os caras para trabalhar em outras cidades, [...] tem gente que passa cinco horas por dia dentro do ônibus”*. O entrevistado 15 também menciona este fenômeno quando diz: *“O pessoal que está vindo de fora passa um tempão dentro do ônibus, trabalha o dia todo, mal chega em casa e já está na hora de voltar, tem um monte de mães de família fazendo isso”*. Essa questão foi recentemente reconhecida pela Justiça do Trabalho que, no município de Chapecó, já determinou que as empresas remunerassem as horas de deslocamento de empregados contratados em outras localidades, considerando-as horas extras (Ministério Público do Trabalho, 2010).

A forma das agroindústrias gerirem os intervalos dos trabalhadores é outra dificuldade que os entrevistados trazem de maneira recorrente. Neste sentido, doze trabalhadores fazem menção que os *intervalos obrigatórios* não podem ser cumpridos de maneira adequada pela grande demanda de trabalho. Nesse sentido, a trabalhadora 5 diz: *“Quando a gente ganhava show em cima da mesa, não podia nem lancher porque depois quando voltava era trabalho dobrado, então tinha que aproveitar o momento que parava pra tirar o show”*.

Alguns entrevistados também mencionaram que eram pressionados pelos supervisores a encurtar os intervalos, como cita o entrevistado 15: *“A gente tinha 45 minutos para almoçar, mas o chefe*

dizia, voltem em meia hora, porque tem muita coisa para fazer". A questão trazida pelos entrevistados vai ao encontro do que menciona o relatório de fiscalização do Ministério Público do Trabalho em relação a uma agroindústria do município, em que é referenciado o não cumprimento do período obrigatório de intervalos para os funcionários durante o ano de 2007 (Ministério Público do Trabalho, 2008).

Uma das características do trabalho da linha de produção é a necessidade dos trabalhadores terem que permanecer na fábrica durante os *intervalos intrajornada*, o que alarga o tempo de permanência na empresa. A impossibilidade de sair se deve ao isolamento dos setores devido ao controle de qualidade, como diz uma enfermeira do CIS: *"Tenho um familiar que trabalha em uma agroindústria, mas nas máquinas, então ele não fica todo o tempo na produção, ele pode sair no período de intervalo, pode usar o celular. Mas quem trabalha na linha é bem pesado, eles não podem fazer essas coisas, [...] eles têm que continuar ali dentro, por exemplo, quem está sujo não pode ir para um ambiente limpo e vice-versa"* (Enfermeira 2).

Vários trabalhadores participantes da pesquisa mencionaram vivência de mal-estar por ter que permanecer longos períodos de tempo dentro da fábrica, aspecto que é agravado pelas condições do ambiente físico da mesma. Cabe destacar que uma das características destas linhas de produção, é sua iluminação artificial e, as janelas, de acordo com os entrevistados, ficam à grande altura e são pequenas, não permitindo visualizar o exterior. Nesse sentido, a trabalhadora 9 menciona: *"Me dá pavor passar na frente do frigorífico e lembrar que eu poderia estar lá dentro. Aquele ambiente fechado, eu tenho a impressão de que estou sufocando, de que estou apertada, me dá ânsia de vômito, vontade de desmaiar sabe? A gente não vê a luz do dia, sempre entra de madrugada e depois que você entra você não vê o dia"*. A trabalhadora 6 também menciona essa dificuldade, quando diz: *"Eu acho muito fechado ali, você entrou pra dentro parece que é noite, só vai ver o dia quando sai de lá, e a gente fica o dia todo lá dentro, então aquele lugar vai te ansiando, vai te deixando nervoso"*.

O *trabalho em turnos e noturno* também oferece riscos à saúde dos trabalhadores das agroindústrias. Como forma de otimizar os meios de produção, como espaço físico e equipamentos, as indústrias de alimentos da região funcionam durante vinte e quatro horas por dia, organizando a jornada de trabalho dos seus funcionários em turnos fixos distintos. Esses, frequentemente, implicam em trabalho noturno, como afirma a trabalhadora 13. *"Eu começava as 03h00min da manhã e trabalhava até às 12h10min minutos, daí eu tinha que levantar as*

02h00min da manhã para pegar o ônibus às 2h30min". Da mesma forma, quatorzes trabalhadores participantes da pesquisa mencionaram realizar ou já ter realizado trabalho noturno nas indústrias durante a trajetória de trabalho, o qual geralmente representa apenas uma parte da jornada laboral.

Em relação ao trabalho fixo no turno noturno, uma dificuldade que emergiu na fala dos trabalhadores foram *dificuldades em relação ao sono*, especialmente para aqueles que iniciam a jornada de trabalho demasiadamente cedo, como menciona a trabalhadora 13: *"A noite que eu mais dormia, eu dormia quatro horas, e eu chegava em casa do trabalho, eu não conseguia dormir. E daí eu estava tomando remédio, mas mesmo com o remédio eu não dormia. Foi assim um ano e pouco. [...] Daí eu me sentia supercansada, meu olho estava sempre vermelho, minha olheira enorme e estava sempre muito nervosa"*.

As dificuldades em relação ao tempo e qualidade do sono dos sujeitos que trabalham em turno noturno são mencionadas por Sato e Lacaz (2000), que associam esse horário de trabalho com o aparecimento de enfermidades gastrintestinais e problemas emocionais como ansiedade e depressão. Nesse sentido, um médico do CIS menciona: *"Muitos trabalhadores da agroindústria vêm com quadros depressivos, mas a gente sabe que isso tem relação com eles trabalharem a noite, então eles não conseguem dormir direito, não têm uma boa qualidade de sono, daí eles vêm querendo atestado, querem remédio, mas a gente sabe que o que resolveria seria trocar o turno"* (Notas diário de campo).

Os tempos de trabalho dentro da fábrica também determinam a vida fora dela, como afirmam Batista e Codo (2003), sendo que as longas jornadas laborais e o trabalho em turnos e noturno têm impactos na *conciliação trabalho família*. Nesse sentido, a principal questão trazida pelos entrevistados foi a falta de tempo para ficar com os familiares como diz a trabalhadora 3: *"As vezes eu ficava dois dias que eu não via as minhas filhas, porque quando tinha muito serviço ficava na fábrica até mais tarde, daí chegava em casa e ia dormir. Eu também não via a hora de chegar o sábado, anoitecer para cair na cama e dormir, eu sempre estava tão cansada que não tinha como sair. Por isso a gente deixa a família muito de lado"*.

O tempo da produção, como afirma Hassard (2009), é o tempo principal, aquele ao qual os outros tempos da vida estão condicionados. Esses últimos devem encontrar seus lugares nas sobras do primeiro. Assim, a convivência familiar é marginalizada em detrimento das necessidades da produção, como ilustra a fala da trabalhadora 9: *"Eu via*

meus filhos uns minutos antes deles irem para a escola porque quando eu chegava eles já estavam saindo, então eu tinha que fazer todo o serviço da casa e quando eles voltavam eu dava banho e jantar, e seis, sete horas da tarde nós íamos dormir. Aí quando o meu marido chegava eu já estava dormindo e quando eu ia trabalhar ele estava dormindo, a gente quase não se via”.

Por outro lado, os diferentes turnos dessas indústrias também possibilitam a alguns trabalhadores entrevistados dividir o cuidado dos filhos entre o casal, o que também facilita a organização familiar, como menciona a entrevistada 10: *“Meu marido cuida do meu filho de manhã, de tarde ele vai para a escola e à noite eu fico com ele, então a gente consegue se dividir”.* No entanto, a mesma entrevistada traz a que dificuldade em ter tempo para o casal devido aos horários de trabalho influencia na relação conjugal: *“Uma época eu me separei do meu marido, é que nós praticamente não nos encontrávamos e daí quando nos encontrávamos só brigávamos. (Entrevistadora) Por que não se encontravam? Por causa do trabalho, porque eu começo a trabalhar no frigorífico as 5:00 da manhã até as 15:00 da tarde e ele trabalha lá das 18:00 até as 3:00 da madrugada. Então a gente quase não se via”.*

Um médico do CIS também mencionou que dificuldades na conciliação trabalho-família devido aos turnos e às longas jornadas são um aspecto presente nas demandas apresentadas por esses trabalhadores no serviço de saúde. *“Eu já atendi vários casos em que o casal, os dois são teus pacientes e para cuidar dos filhos um trabalha na agroindústria até as 23:00 da noite e o outro a partir das 3:00 da manhã. Aí eles têm uma jornada de trabalho muito puxada, com horários completamente desconfortáveis, então quando é que eles vão ter vida de casal? Eles simplesmente não têm vida de casal e isso reflete aqui no serviço de saúde”.*

Quando questionado de como essa dificuldade se traduz em queixas no Centro de Saúde o entrevistado responde: *“... a gente observa aspectos como humor depressivo, e também têm aparecido dificuldades em relação à sexualidade, por exemplo, os homens têm trazido muito a questão da dificuldade de ereção ou ejaculação precoce e as mulheres mencionam a dificuldade em ter orgasmo, e eu observo que na maioria das vezes está relacionado à ansiedade”.*

A partir das questões apontadas se observa que a forma de gerir os tempos de trabalho tem gerado a ampliação da jornada laboral, aspecto evidenciado pelas falas dos trabalhadores entrevistados e corroborado pelas ações que têm sido promovidas pelo Ministério Público do Trabalho junto ao setor. Isso ocorre por aspectos como o não

cumprimento de intervalos obrigatórios e a realização de horas extras acima das permitidas pela legislação trabalhista. Outras questões, como a impossibilidade de sair da fábrica devido ao controle sanitário e o traslado de longas distâncias para chegar ao trabalho, também acabam provocando o aumento do tempo que o trabalhador do setor tem que destinar à sua atividade ocupacional. Esses fatores, bem como o trabalho em turnos, em conjunto, trazem implicações negativas para a conciliação da atividade laboral com a vida familiar.

No entanto, observa-se também que as questões que influenciam o tempo de trabalho nas agroindústrias são dinâmicas e suscetíveis a aspectos como sazonalidade da produção, falta de força de trabalho e atuações recentes da justiça do trabalho que buscam coibir os abusos de algumas empresas em relação a esta problemática. Contudo, essas intervenções ainda têm caráter pontual e são suscetíveis de serem burladas pelas indústrias, face ao imperativo da produtividade.

Tendo em vista o panorama acenado, observa-se que no contexto sociolaboral os trabalhadores encontram possibilidades de ruptura e minimização do controle dos tempos e dos ritmos de trabalho no setor agroindustrial.

3.4 O contexto sociolaboral

O contexto sociolaboral, segundo Salanova (2009), compreende as diferentes relações interpessoais que se estabelecem no espaço de trabalho, e que implicam os distintos sujeitos que convivem neste, que no caso das linhas de produção das agroindústrias são predominantemente colegas e chefias. As relações no contexto fabril se mostraram muito significativas para o estado de saúde dos trabalhadores, tanto no sentido de viabilizar modos de exploração do trabalho como de proporcionar alternativas para lidar com as adversidades impostas no contexto organizacional. Nesse sentido, dois aspectos merecem destaque, sendo eles o controle do trabalho por meio das relações sociolaborais e o apoio social.

Por meio das relações sociolaborais, implementam-se modos de *controle do trabalho*, o que se dá a partir de diferentes práticas disciplinares no espaço fabril, que têm como objetivo a sujeição dos trabalhadores às condições de trabalho impostas neste contexto produtivo. Esse controle do trabalho se dá por meio das práticas disciplinares que de acordo com Foucault (1997), são uma modalidade de aplicação do poder a partir da qual “... nasce uma arte do corpo humano, a qual não visa apenas ao aumento de suas habilidades, nem à

intensificação de sua sujeição, mas à formação de uma relação que, no mesmo mecanismo, a torna tão mais obediente quanto mais útil e vice-versa” (Foucault, 1997).

Na direção do que discute Coutinho (2006), observa-se que o contexto agroindustrial conta com estratégias gerenciais de controle do trabalho bastante tradicionais, diferentes das formas contemporâneas inauguradas com o modelo japonês que investem em modos de controle mais sutis e subjetivos. Assim, as indústrias do setor apresentam um sistema de gestão vertical marcado pela rígida hierarquização das funções e pela ausência de participação⁴⁶ dos trabalhadores da linha em relação às decisões organizacionais. Nesse contexto, a *supervisão* do trabalho torna-se uma importante prática disciplinar para exercer esse controle no âmbito das relações sociolaborais.

De acordo com os trabalhadores entrevistados, a supervisão do trabalho no contexto da fábrica é constante e ocorre principalmente por meio dos chamados líderes, que ficam nas mesas de trabalho e são responsáveis por grupos de trabalhadores. Os funcionários da linha dizem que devem sempre se reportar aos líderes, os quais estabelecem o contato com o chefe de setor, mediando a relação destes com os trabalhadores. A fala da entrevistada 2 ilustra como se atua nesta função: *“Cada mesa tem um líder, que são os que ficam ali, eles ficam cuidando o dia todo, eles estão ali para te cuidar e te mandar, se eles te mandarem você tem que fazer”*.

Na direção do que aponta a entrevistada, se observa que a vigilância e a necessidade de obediência são características que marcam as relações sociolaborais neste contexto fabril, em que não há espaço para autonomia e participação do trabalhador da linha. Essa questão também é mencionada pelo entrevistado 15, quando diz: *“Você tem que obedecer ao líder e se você fizer algo de errado eles te cobram e te xingam”*. Essa fala destaca a necessidade de submissão dos trabalhadores à autoridade das chefias e às formas de punição dos desvios à norma que ocorrem no espaço fabril.

Submeter-se aos modos de controle exercidos por meio do líder sem questionar, é uma forma que os trabalhadores utilizam para evitar os conflitos no contexto laboral e manter o emprego, como aponta a trabalhadora 5: *“Eu não tenho queixa dos monitores, mas também o que me mandavam fazer lá eu fazia, porque a gente precisa do trabalho”*. Ou como diz a trabalhadora 7 *“Eu sempre me dei bem com os*

⁴⁶ De acordo com Coutinho (2006), a participação no contexto laboral se dá a partir da distribuição do poder entre os diversos atores inseridos em determinada relação de trabalho.

monitores, porque quanto mais longe de mim melhor, conversava com eles só quando precisava”.

A vigilância exercida por meio da supervisão busca manter o ritmo de produção, ao atuar como um poder individualizante e microscópico, que retiram do corpo a força de trabalho (Foucault, 1997). Isso se torna fonte de mal-estar para os trabalhadores, como aponta a entrevistada 5: *“Era assim muito rápido, daí quando você começa a ganhar show que eles observam que você está mais lento eles vão controlar teu tempo, eles vão com um relóginho atrás de você e ficam te controlando, é estressante”.*

Na mesma direção, a entrevistada 2 também menciona: *“Está sempre trocando de monitor e têm alguns que são insuportáveis, pegam no pé toda a hora te xingando, te cobrando, daí você se estressa, fica nervosa, não consegue trabalhar normal, você fica apreensiva porque sabe que sempre tem alguém ao redor te cobrando as coisas”.* Assim, a supervisão do trabalho gera tensão e o nervosismo, cujo efeito é o aumento no ritmo de trabalho. Essa forma de exercício do poder na fábrica de acordo com Dejours (2005), explora o sofrimento do trabalhador em favor da produtividade, fazendo desse sofrimento o próprio instrumento para obtenção do trabalho. Nesse sentido, cabe destacar que a falta de controle sobre o trabalho é comumente associada a problemas de saúde como as LER/DORT e os problemas de saúde mental (Sato, 2002).

Quando as normas laborais são infringidas por algum trabalhador, a punição da gerência pode atingir todo o grupo de trabalhadores da célula de produção. Nesse sentido, o risco de responder pela infração de outro, faz com que os próprios colegas de linha ajudem a supervisionar o trabalho, como se observa na fala da trabalhadora 2: *“Nós temos a meta para cumprir, então a quantidade de porcos que vem define a quantidade de tripas que têm que sair. Daí têm umas lá que pra fazer mais rápido, pra conseguir tirar o vareio arrebentavam as tripas para não precisar metrar. Daí vem a complicação, porque se eles não descobrirem quem foi, sobra pra todo mundo, eles xingam, dão advertência e em alguns casos até suspensão. É difícil, eu já levei suspensão por erro dos outros, daí a gente fica de olho”.*

Assim como os demais trabalhadores da linha, os líderes também estão sujeitos ao controle do trabalho, o que indica que esses cargos de chefia também são fiscalizados e têm baixa autonomia. Em relação a isso a trabalhadora 2 diz: *“Mas também é o serviço deles, se eles não cobrarem, se der errado qualquer coisa, depois o problema cai em cima deles, daí o monitor está para isso, para xingar mesmo e puxar*

para o canto". A trabalhadora 1 também ressalta isso quando diz: "*As monitoras também são cobradas como nós*".

A trabalhadora 3 também aponta para o custo emocional que exige o exercício da função de líder nestes contextos produtivos: "*Tem que se humilhar muito pra ser líder, eu cansei de ver o líder ser xingado pelo supervisor que era o chefe, destrataavam, chamavam de incompetente, davam de dedo na frente de todo mundo*". A referida entrevistada também menciona o que a empresa espera dos líderes, ao justificar por que não aceitou a função quando lhe foi oportunizada: "*Uma vez me chamaram no escritório e eu disse não, porque eu não sei mandar ninguém, eu não sirvo para ficar gritando com ninguém, eu não presto pra isso*" (trabalhadora 3). Destaca-se nestas falas a naturalização dos modos de coerção desenvolvidos por meio dessa supervisão, em que se estabelece uma conduta de sujeição e docilidade no trabalhador (Foucault, 1997).

O modo como se exerce o controle por meio da supervisão do trabalho produz como efeito também *relações de trabalho hostis* entre os funcionários da linha e as chefias, relações essas que também são foco de conflitos e sofrimento para os trabalhadores do setor. Isso é ilustrado pela fala da entrevistada 11 quando diz: "*Uma vez eu discuti com um encarregado, porque ele é de cobrar, eles vão de dedo na pessoa, te humilham na frente de todo mundo, principalmente os novatos, isso faz a gente se sentir um lixo*". Essa forma de supervisionar o trabalho, reduzida a ordens e punições, também gera consequências negativas aos monitores que muitas vezes repreendem todo o grupo de trabalhadores a fim de evitar confrontos individualizados. Nesse sentido, aponta o trabalhador 16: "*Quando alguém carimba errado eles vêm e xingam todo mundo para não ofender uma pessoa só, porque as pessoas têm medo por causa do risco lá fora, os próprios supervisores têm medo*".

A função de líder produz a diminuição do apoio social no contexto laboral e o isolamento do trabalhador que ocupa essa função. Nesse sentido, a entrevistada 8 aponta o sofrimento que o cargo de líder lhe causava: "*Eu fiquei um tempão inspecionando a mulherada, mas elas odeiam quem inspeciona, porque se tiver um defeito você tem que devolver, daí elas estão lá trabalhando e é uma pauleira, eu sei por que eu já trabalhei na mesa, e quando as monitoras vinham me devolver dava raiva mesmo, porque você está ali fazendo o máximo e elas ainda vêm te devolver. Mas é o trabalho delas, então eu nunca briguei com quem vinha devolver para mim. Só que quando era eu que supervisionava era um inferno, ninguém gostava de mim, tinha uma ou*

outra que conversava comigo, aí era um clima horrível". Assim, as consequências do controle gerencial recaem predominantemente sobre estes trabalhadores que, na realidade, são sujeitados ao poder disciplinar da fábrica quanto os demais.

A partir da fala anterior, pode-se pensar que apesar dos conflitos se estabelecerem principalmente entre os trabalhadores da linha e os monitores, a origem das relações conflituosas está em outro lugar, na divisão pormenorizada do trabalho, na separação entre concepção e execução, na impossibilidade de discutir os processos de trabalho. Como afirma Braverman (1981), nos contextos em que ocorrem relações de trabalho alienado, mão e cérebro tornam-se não só separados, mas também divididos e hostis.

Outra forma de controle do trabalho se dá em relação à *atuação sindical*. Tendo em vista a reduzida autonomia no trabalho e a inexistência de espaços para participação dos trabalhadores no contexto fabril, o sindicato da categoria poderia fomentar formas coletivas de resistência. No entanto, esta entidade é destacada pelos entrevistados por representar os interesses da empresa contra os trabalhadores. Nesse sentido, a trabalhadora 5 menciona: *"O sindicato era comprado da empresa, eu acho. Porque eu já participei da negociação salarial e eles fazem o que o chefe manda, o que o dono da empresa fala, eles fazem aquele ato, parece que vão brigar e bem no fim acabam aceitando o lado da empresa eles nunca veem o lado dos funcionários"*.

Na direção do que aponta a entrevistada anterior, a trabalhadora 2 menciona como eram utilizadas as assembleias com os funcionários para legitimar decisões organizacionais, em que não se possibilitava a real participação dos trabalhadores: *"Sindicato da minha parte é a mesma coisa que não ter. A assembleia que eles fazem, são aquelas reuniões que eles chegam ali, reúnem todos os funcionários na área de lazer dos dois turnos, marcam o dia que é pra todos estarem lá e vão os grandões, falam, falam, falam lá e deu. Depois, mandam todo o pessoal trabalhar e foi aprovado, estavam todos os funcionários reunidos, é esse o problema, é assim que funciona. Mas não que tivesse alguma votação que fosse. E uma, mesmo que tivesse, que uma vez fizeram uma votação, contaram, ninguém ficou sabendo quanto que deu por cento, se deu mais ou menos, eles disseram que deu aquela porcentagem e deu. São eles que decidem, então não adianta. Na verdade ali é assim, não é só aqui na minha empresa, qualquer frigorífico que tu trabalhar é assim e pronto, é o que eles decidem e deu"*. Ações como a que descreve esta trabalhadora, mostram como a gerência em conjunto com o sindicato criam formas de pseudoparticipação do trabalhador, tomando a

expressão de Paterman (1992), a fim de legitimar as decisões organizacionais.

O medo de represálias frente à manifestação da opinião e a falta de autonomia do sindicato, que reproduz os modos de relações sociolaborais das indústrias do setor, leva a não participação dos trabalhadores nas atividades da entidade. Isso é ilustrado pela trabalhadora 7 quando diz: *“Daí eles convocam as pessoas pra ir lá nas reuniões, mas é o que eles decidem e deu e se tu fala alguma coisa menina, é capaz de sobrar pro teu nariz ainda, é bem assim [...], daí eu não vou, tenho medo, vai que sobra pra gente depois, duvido que não, eu não sou louca de ir lá abrir a boca e sobrar pra mim, depois a hora que tiver uma redução tchau e benção”*.

Um dos efeitos da vinculação entre sindicado e indústria é que há um número pequeno de sindicalizados como ilustra a fala da entrevistada 14: *“Eu cortei meu sindicato, porque é R\$ 10,00 que eles te cobram na folha, e não serve para nada esse sindicato. [...] Lá dentro a maioria não é sócio, tem pouquíssimos associados”*. Isso vai ao encontro do que menciona o entrevistado que participava de outro sindicato que vinha tentando fazer oposição ao então sindicato da categoria⁴⁷: *“Com todos os trabalhadores da agroindústria que têm aqui e o sindicato não chegava a ter mil sócios”*.

Cabe destacar que houve uma intervenção do Ministério Público do Trabalho nas eleições para o sindicato que representava os trabalhadores das indústrias de alimentos, as quais ocorreram no ano de 2010. Esta interferência se deu no sentido de garantir a possibilidade de participação de uma chapa de oposição no processo eleitoral, o que vai ao encontro da compreensão dos trabalhadores entrevistados sobre a atuação desta entidade. Nesse sentido, o trabalhador entrevistado vinculado ao outro sindicato menciona: *“Este grupo que coordena o atual sindicato está no poder há vinte e dois anos, na verdade eles não representam o trabalhador, e ali rola muito dinheiro, tem uns caras aí que ficaram ricos. Só que os trabalhadores nunca se uniram para derrubar eles, então, pouco a pouco a gente começou a se organizar para mudar isso”*. Vale destacar que a partir da interferência do Ministério Público do Trabalho, a chapa de oposição venceu as

⁴⁷ Como foi apontado no capítulo de método, este entrevistado é um ex-trabalhador do setor que estava no momento da pesquisa vinculado a um sindicato que vinha tentando representar os trabalhadores das indústrias de alimentos a fim de criar uma alternativa ao sindicato atual, o qual estaria alinhado aos interesses das indústrias.

eleições⁴⁸, o que indica que começam a se constituir formas coletivas de resistência nestes contextos laborais.

Apesar do grande controle do trabalho, se observa que o contexto sociolaboral também possibilita a constituição de *relações de apoio social*. Na linha de produção esse apoio social possibilita formas de *resistência* dos trabalhadores frente aos dispositivos de poder que produzem o controle do trabalho. Nesse sentido, em um contexto laboral em que o controle do trabalho é tão rígido, a resistência e o enfrentamento das pressões organizacionais dificilmente poderão ser solitários, como diz Seligmann-Silva (2011).

Nesse sentido, os trabalhadores mencionam algumas situações isoladas de alianças realizadas entre trabalhadores da linha e monitores, em que a supervisão de determinados aspectos do trabalho é apenas encenada, como está ilustrado na fala a seguir: *“Eu trabalhava em um setor que você não pode entrar com nada, era só a roupa da empresa, mas daí a gente levava balinha e bombom escondido dentro da manga, da blusa, do abafador, e o chefe mesmo pedia, ‘tem balinha aí pra nós?’. Eles sabiam, só que não entregavam a gente. Às vezes eles tinham que xingar, porque senão eles também eram mandados embora, então eles diziam ‘hoje eu vou dar uma chateada em vocês, mas não levem a mal, continuem trazendo balinha’, daí bala e bombom rolava solto lá dentro”* (trabalhadora 3).

Em outras situações, os monitores que supervisionavam o trabalho se aliavam aos trabalhadores nas situações de adoecimento, orientando-os em relação à busca de cuidado para o problema de saúde, como descreve a trabalhadora 2: *“O líder da nossa mesa era meu amigo, eu conhecia ele há tempos, então ele mesmo me orientou a procurar os meus direitos. Ele disse vai, que enquanto você estiver aqui nós não podemos fazer nada, você vai ter que trabalhar porque se você não trabalhar tuas colegas não vão aguentar, então se eles não te tiram do serviço, não te dão afastamento vai atrás de um advogado, ele cansou de me dizer isso”*.

As alianças e subversões às regras impostas também ocorrem entre o grupo de trabalhadores para burlar o controle de qualidade feito pelos monitores. Como descreve a entrevistada 14: *“Eles cobram o tempo todo que você não pode deixar carne no osso, então tem uma*

⁴⁸ Esse processo eleitoral ocorreu no final do trabalho de campo desta pesquisa, portanto, não foi possível explorar mais esta questão. Sobre este processo, pode-se ver notícia presente no site <<http://www.conlutas.org.br/site1/exibedocs.asp?id=5401&pagina=8>>, recuperado em 13 de abril de 2012.

mesa bem grande com pessoas dos dois lados desossando, e os encarregados ficam embaixo da mesa, você não enxerga eles, eles vêm vindo e catando o teu osso, aí quando você vê, eles estão com a bacia cheia pra você refazer, é apavorante. Ou então eles levam lá no escritório e mostram pro supervisor. Porque ninguém consegue fazer cem por cento e vencer aquilo lá, então tem horas que você não cuida, você cansa. Só que agora a gente já se conhece, então quando ele está vindo pro teu lado, a pessoa da frente avisa a gente, ela bate uma coxa na mesa e a gente já entende, daí começa a fazer bem feito. Então nós trabalhamos assim todos unidos, porque senão ninguém aguenta”.

Apesar do que aponta a trabalhadora acima, se observa que estas subversões não são as tendências nestes espaços de trabalho, mas exceções que se constituem neste contexto laboral. No entanto, destacado os seus limites, essas ações coletivas constituem formas de resistência frente às difíceis condições de trabalho, bem como modos de proteção aos riscos laborais. Assim, como afirma Foucault (2004), a resistência se dá no âmbito das relações de poder, abrindo espaços de luta contra o controle e a dominação.

Outra forma de resistência ao controle do trabalho são as estratégias que os trabalhadores encontram para se comunicar durante o trabalho. Nesse sentido, o intenso ritmo em que as atividades são realizadas a fim de atender as altas metas de produção, bem como o uso de instrumentos cortantes, faz com que seja inibida a conversação entre os trabalhadores na linha, como aponta a trabalhadora 14: “... *eles preferem que a gente não converse, eu já sou uma pessoa que não sou muito de conversa, porque te atrapalha, além de ficar um monte de serviço pra trás também tem os acidentes, você corta dedo, você se fura, e tem bastante coisa disso lá*”. A dificuldade em se comunicar também está relacionada ao ruído e ao uso de abafadores como aponta a entrevistada 6: “*nós falamos um pouquinho, mas não dá nem dá nem pra se olhar, e daí tem o abafador tem um barulhão também*”.

No entanto, é comum os trabalhadores aprenderem a fazer leitura labial para conseguirem se comunicar durante o trabalho, o que é mencionado por sete entrevistados. A fala da trabalhadora 8 ilustra como isso se dá: “*Se você cochichasse de mim lá do outro lado eu sabia tudo que estavam falando, você acostuma lendo o lábio, só olhando para a boca*”. Esse modo de comunicação que os trabalhadores criam denotam as formas móveis e inventivas de resistência que como diz Foucault (2004), vêm de baixo e se distribuem estrategicamente no contexto fabril.

A leitura labial permite assim, que os trabalhadores interajam durante o trabalho, o que também é uma maneira de diminuir a monotonia das atividades e evitar acidentes laborais. Nesse sentido expressa a trabalhadora 3: *“Eles não queriam que a gente conversasse, só que a gente procurava formas de se divertir porque se você chegar e não contar uma piada ou não brincar você dorme na mesa, aí fica perigoso de se cortar, quantos já se cortaram lá dormindo, você está trabalhando e vai te dando aquele sono, quando você vê você cai, muitas mulheres caíam em cima da mesa, desmaiavam”*.

As formas de resistência que se produzem contra o controle do trabalho indicam como diz Sato (2002, p. 1.148), como os vínculos que se produzem na relação entre os trabalhadores “são sustentados e sustentam a criação de regras próprias, e norteiam a realização do trabalho segundo modos distintos daquele concebido pelo grupo gerencial”. Nesse sentido, a referida autora também afirma que essas outras formas de trabalhar podem ocorrer tanto no sentido de amenizar os esforços que a atividade demanda, como menciona a entrevistada 14 acerca do controle de qualidade, como de resistência política ao poder como no caso do monitor que orienta a trabalhadora a procurar a justiça do trabalho.

O contexto sociolaboral também possibilita relações de *amizade* às quais foram mencionadas por doze trabalhadores entrevistados como o principal, e com frequência o único aspecto positivo do trabalho na linha. Como ilustra a fala da trabalhadora 5: *“Eu deixei muita amizade lá, eu tenho colegas que elas vêm seguido aqui em casa, graças a isso eu fui bem feliz lá onde eu trabalhei”*. Este aspecto também é ressaltado pela trabalhadora 3 quando diz: *“de bom lá dentro era a amizade que a gente tinha, eu tinha bastante amizade, conhecia todo mundo, isso era bom”*.

Os entrevistados também destacam a importância das relações de amizade e cooperação para lidar com as dificuldades em saúde. Nesse sentido menciona a entrevistada 9: *“Todos me apoiaram com o meu problema sabe, eu sempre tive muita amizade, todos apoiavam a gente, conversando, a gente sempre estava conversando um com o outro. As amizades eram boas, sempre vem gente que trabalhava comigo aqui em casa. Vem me visitar, ver se eu estou bem, como estou, se melhorei, se estou melhorando, daí é uma forma de eu não ficar tão isolada”*.

A trabalhadora 6 também ilustra a importância das relações de amizade para lidar com as dificuldades em saúde quando diz: *“Eu tenho uma colega que nós sempre conversamos, [...] ela também não dormia direito daí ela chegava lá, cochilava encima da mesa, ela estava desse*

jeito, e também com problemas em casa, daí nós começamos a conversar. A gente tem que se ajudar, do jeito que está hoje em dia no médico que tudo é demorado, se você se entregar pra tristeza e deixar que caia se foi, e eu também estava quase me deixando levar pela tristeza, daí eu digo os filhos precisam da gente e a gente precisa do serviço, calma, e daí começamos a conversa entre nós duas e até que deu certo”.

Apesar do que apontam as entrevistadas acima em relação ao apoio social, no que diz respeito às dificuldades em saúde, os trabalhadores também acenam que *as relações de trabalho com frequência mudam frente à perda da capacidade laboral*. Nesse sentido, cinco trabalhadores entrevistados relatam que passaram a ser *discriminados* pelos colegas de trabalho porque esses duvidavam da veracidade da doença. Essa dinâmica grupal de negação do adoecimento dos colegas e discriminação vai ao encontro do que Dejours (2005) chama de ideologia ocupacional defensiva, a qual seria um sinal indireto do medo em função dos riscos oriundos deste contexto laboral. Nesse sentido, ao não acreditar na doença do outro se nega o perigo do próprio adoecimento.

A questão é ilustrada pela fala da trabalhadora 5, quando ela diz: *“Quando o pessoal fica doente eles colocam em atividades mais fáceis, por exemplo, ficar na porta tirando cabelo, porque não pode ter cabelo fora da touca, essas coisas assim, daí eles dizem, olha lá a vadiazona, tu está fingindo, dizem, olha lá a terneira, eles humilham, faz dez anos que eu estou lá e a gente vê tanta coisa. Eu não desejo pra ninguém passar o que a gente passa, eu não desejo pra ninguém”*. Na direção do que fala a entrevistada, é como se a condição de trabalho diferenciada devido ao adoecimento fosse entendida pelos colegas como a concessão de um privilégio que diferencia este trabalhador dos demais.

A mesma dificuldade é mencionada por mais quatro trabalhadores, e todos destacaram o sofrimento face à discriminação dos colegas, como menciona o entrevistado 16: *“É difícil porque os próprios colegas às vezes chamam a gente de vagabundo. Diziam, ah, o fulano depois de quinze anos virou vadio, não quer mais trabalhar, daí você já está se sentindo mal por ter aquela dor, por ter que brigar para se tratar e ainda as pessoas duvidam de ti, a gente se sente um lixo”*. Nesse sentido, observa-se que ante a doença e a diminuição da capacidade laboral, em que o trabalhador já não acompanha mais o ritmo do grupo, enfraquece-se a rede de apoio social no trabalho, e provoca-se o isolamento destes trabalhadores no contexto da fábrica, aspectos que contribuem para o adoecimento.

No mesmo sentido menciona a trabalhadora 7: *“Onde eu estou agora a gente não tem plano pra fazer [referindo-se as metas], faz como pode, mas eu disse. Agora, depois que estamos todos quebrado, porque colocaram as quebradas ali e daí o pessoal diz ‘as especiais estão num lugar bom agora’, e daí a gente se sente mal, elas não falam pra gente mas os outros vêm contar, só que daí a gente não se sente bem, eu me sinto assim um lixo porque agora que a gente pauliou⁴⁹, pauliou imagine quatorze anos você ficar lidando com faca, trabalhando com dor”*.

Outra mudança apontada por nove dos trabalhadores entrevistados é que com a perda da capacidade laboral eles passaram a ser *desvalorizados no trabalho* pela gerência. Como menciona a trabalhadora 11: *“Eu vi que depois que um funcionário não tem mais utilidade pra eles, é como se fosse carta fora do baralho, eu acho né. Porque depois de dez anos digamos, que você está lá direto, fazendo tudo certo, você tem aquele valor, só que depois que você fica doente não tem mais”*.

A desvalorização no trabalho é marcada, pelo sentimento de decepção em relação à história de investimento afetivo do trabalhador na atividade laboral. Assim menciona a trabalhadora 7: *“Até que você está bom muito que bem, mas a gente que não presta mais eles demitem. Eles não querem ninguém machucado lá dentro. Isso me deixa triste porque eu tirava a camisa pela empresa, não é querer me gabar, mas eu trabalhei mesmo”*.

A discriminação dos colegas e a desvalorização da empresa a partir da diminuição da capacidade laboral levam à perda do reconhecimento do trabalho, apontado pela psicodinâmica como fundamental para a realização do sujeito no campo social. Como aponta Dejours (2005) o reconhecimento atribuído pelos outros é um elemento central para o sentido que o trabalho assume na vida do sujeito, sendo que a falta desse reconhecimento, conduz ao sofrimento devido ao encontro com um trabalho não valorizado socialmente.

Observa-se que a perda do apoio social dos colegas e a desvalorização da empresa ante o adoecimento tornam-se mais uma dificuldade com a qual o trabalhador tem que lidar, em um momento em que ele já está vulnerabilizado pelas limitações impostas pela doença. Essas mudanças nas relações de trabalho diante da perda na capacidade laboral podem levar o trabalhador ao isolamento social e constituem novas formas de sofrimento, favorecendo o processo de adoecimento.

⁴⁹ Expressão que se refere a trabalhar muito.

As discussões realizadas indicam que por meio do contexto sociolaboral no setor agroindustrial são introduzidas outras formas de controle do trabalho além daquelas possibilitadas pela parcelarização das atividades e cadência imposta pelas esteiras. Entre essas formas destaca-se a supervisão das chefias e dos próprios colegas da linha, que têm que assumir coletivamente os erros e metas não cumpridas pelos trabalhadores de maneira individual. As formas de realizar o controle do trabalho muitas vezes produzem relações hostis que são fonte de mal-estar para muitos sujeitos entrevistados. Esse controle do trabalho se estende até a organização sindical a fim de impedir estratégias coletivas de resistência.

Por outro lado, o contexto sociolaboral também aparece como fonte importante de apoio social, o qual de acordo com Salanova (2009) é um recurso chave que potencializa a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Esse apoio social ocorre por meio de relações de amizade e cooperação, o que permite criar estratégias de resistência ao poder gerencial para lidar com as dificuldades do trabalho, mesmo em um contexto laboral em que há grande controle do trabalho. No entanto, ante à perda ou diminuição da capacidade laboral, muitas vezes esse apoio social se enfraquece, ocorrendo discriminação por parte dos colegas de trabalho e a desvalorização por parte da empresa, o que contribui para a produção do adoecimento destes trabalhadores.

3.5 Gestão dos riscos no contexto laboral

A atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias dentro do contexto laboral, pode se dar por meio de ações de prevenção aos riscos e proteção à saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, a CLT prevê, em seu capítulo V, que todas as empresas públicas ou privadas devem manter obrigatoriamente serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho, que são regulamentados pela NR N.º. 4, que os denomina Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. A finalidade destes serviços de acordo com a NR 4 é “promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho” (Portaria GM/MTE n.º 3.214, 1978, s/p).

O dimensionamento destes serviços, de acordo com a normativa mencionada, vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento. Nesse sentido, as agroindústrias estudadas, que são classificadas como tendo um grau de risco três e possuem mais de dois mil funcionários, devem contar em tempo integral com os profissionais técnico de segurança do trabalho,

engenheiro de segurança do trabalho, auxiliares de enfermagem do trabalho e médico do trabalho.

Vinculados aos SESMTs das empresas estão os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), regulamentados pela NR 7, os quais têm como objetivo realizar de forma articulada com os SESMTs, a prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores no espaço laboral. Estes programas devem ter “caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores” (Portaria GM/MTE n.º 3.214, 1978, s/p).

As ações voltadas à segurança e à saúde dos trabalhadores realizadas sob o domínio das organizações historicamente estiveram comprometidas aos interesses dessas, como apontam Mendes e Dias (1991) e Dwyer (2006). Esse atravessamento também se fez presente nas ações de saúde vinculadas aos SESMTs e PCMSOs das agroindústrias, que, diferentemente do que preconizam as políticas de saúde do trabalhador, têm como principal função operacionalizar o controle da atenção à saúde dos trabalhadores, com vistas à manutenção da produtividade do setor. O controle com o objetivo acenado determina de forma importante a gestão dos riscos no contexto laboral.

A noção de risco, de acordo com Beck (2000), se tornou um parâmetro fundamental e estruturante da vida moderna, sendo que no campo da saúde do trabalhador ela ocupa um lugar de destaque nas regulamentações dos contextos laborais e na atenção que se produz à saúde dos trabalhadores. O conceito de risco, de acordo com Castiel (1996, p. 243), está relacionado a uma possibilidade futura de uma condição desfavorável que “redimensiona o papel da configuração espaço-temporal na compreensão do adoecer”. Segundo Almeida Filho (1992), o conceito de risco que orienta as ações em saúde está pautado fundamentalmente em aspectos como a probabilidade de ocorrência de um determinado agravo, o princípio da homogeneidade das doenças e a ocorrência de eventos em série.

A gestão dos riscos laborais está inscrita no âmbito da proteção à saúde do SUS, sendo que uma das diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Brasil, 2004a) é que as ações de prevenção à saúde devem preceder as ações de reparação ou recuperação. A referida diretriz orienta tanto a atuação dos SESMT das empresas quanto os demais serviços de saúde, evidenciando a importância que as noções de prevenção e de risco assumem na atenção à saúde do trabalhador.

Em relação ao trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes, a partir da última década vem ocorrendo o reconhecimento de vários riscos associados a esta atividade ocupacional por meio de estudos científicos⁵⁰, documentos oficiais⁵¹ e de ações do Ministério Público do Trabalho⁵², riscos esses que estão relacionados principalmente à grande prevalência das LER/DORT nos trabalhadores do setor. O reconhecimento dos riscos nessas indústrias vem acompanhado da tentativa de regulamentação dos mesmos, o que pode ser observado em documentos como a minuta de nota técnica de 2004 (Ministério do Trabalho e Emprego, 2004) e mais recentemente a minuta de Norma Regulamentadora de 2011 (Ministério do Trabalho e Emprego, 2011a).

Este último documento foi disponibilizado recentemente para consulta pública pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e tem como objetivo: “... estabelecer os requisitos mínimos para a avaliação, controle e monitoração dos riscos existentes nas atividades de abate e processamento de carnes e derivados [...], de forma a garantir permanentemente a segurança, a saúde e a qualidade de vida no trabalho” (Ministério do Trabalho e Emprego, 2011a, p. 1).

Sem a pretensão de abordar todos os riscos que envolvem as atividades nas linhas de produção destas agroindústrias, tomar-se-á a gestão de alguns dos *riscos físicos e ergonômicos* deste contexto, os quais se destacaram nas falas dos trabalhadores entrevistados, a fim de compreender como se produzem as ações voltadas à saúde e segurança do trabalhador no espaço da fábrica. Dentre esses riscos está a *repetitividade* do trabalho, risco ergonômico mencionado pela antiga NR 5 o qual se destaca nestas indústrias de alimentos, sendo mencionada por todos os trabalhadores usuários entrevistados. Cabe apontar que este é o fator de risco mais frequentemente associado ao aparecimento das LER/DORT como pode ser observado em documento sobre doenças relacionadas ao trabalho (Brasil/OPAS, 2001). A repetitividade está relacionada à grande fragmentação das tarefas, que em conjunto com o intenso ritmo de produção no setor geram ciclos de trabalho bastante curtos.

Segundo Minuta de norma regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego (2011a), que dispõe sobre o trabalho na indústria

⁵⁰ São exemplos destes estudos Neli (2006); Sardá, Ruiz e Kirtschig (2008); Araújo e Gosling (2008); Buss (2010); Santos (2011).

⁵¹ Ministério do Trabalho e Emprego (2011, 2004).

⁵² Ministério Público do Trabalho (2008, 2011)

de abate e processamento de carnes, “considera-se alta repetitividade, tarefas em que ocorram ciclos de trabalho inferiores a 30 segundos ou permanência de 50% do ciclo repetindo os mesmos gestos” (Ministério do Trabalho e Emprego, 2004, p. 13). Nesse sentido, a fala da trabalhadora 10 elucida a presença deste fator de risco: *“Eu faço cinco coxas por minuto. Eu corto, tiro os ossos e depois refilo. Às vezes a gente faz mais, depende da meta”*.

Se calculado o ritmo de trabalho da entrevistada, chegamos à conclusão de que neste setor os trabalhadores dispõem de doze segundos para desossar cada coxa de frango, o que representa ao final de uma jornada de trabalho aproximadamente duas mil e quatrocentas coxas. Em atividades como a desossa, de acordo com Sardá, Ruiz e Kirstsching (2009), realizam-se em média cinco mil, cinquenta e dois movimentos por hora, o que corresponde a 84,2 movimentos por minuto. De acordo com documento sobre doenças relacionadas ao trabalho (Brasil/OPAS, 2001), a alta repetitividade de movimentos para a realização da tarefa pode provocar uma sobrecarga músculo-esquelética, podendo ocasionar doenças como as LER/DORT.

O destaque para a repetitividade como um fator de risco importante nestas indústrias é porque este se faz presente nos diferentes postos de trabalho da linha de produção, como sugere a trabalhadora 8: *“Se eu tivesse mais estudo até poderiam me colocar em alguma coisa melhor, mas só que lá dentro do frigorífico, lá em baixo, não tem muito que escolher fora o escritório do chefe, lá é tudo pauliado, é tudo rápido, rápido, rápido”*. Essa informação é corroborada pelos dados da ação civil pública movida pelo Ministério Público do Trabalho contra uma agroindústria do município de Chapecó, em que os auditores afirmam: “Em visita a linha de produção da empresa [...] avaliamos as funções desenvolvidas em toda a indústria e constatamos a totalidade de atividades com alta repetitividade” (Ministério Público do Trabalho, 2008, p. 16).

A minuta de Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego (2011a, s/p) reconhece o destaque da repetitividade em relação aos demais fatores de risco nas empresas do setor quando diz: “devem ser adotadas medidas técnicas de engenharia, organizacionais e administrativas para eliminar ou reduzir os fatores de risco, [...] especialmente a repetição de movimentos dos membros superiores”.

A repetitividade do trabalho potencializa outros fatores de risco presentes na linha de produção, como o uso de força. Essa questão é ilustrada pela fala da trabalhadora 14, que diz: *“Você não imagina o que*

é o peito de peru. Quando eu entrei lá eu nunca tinha visto na vida, porque tem peito que pesa seis quilos [...] você não imagina o que é puxar aquilo lá a noite inteira". Nesse sentido, o emprego de força também é apontado em documento sobre doenças relacionadas ao trabalho (Brasil/OPAS, 2001) como um fator de risco predisponente para as LER/DORT.

A interação entre diferentes fatores de risco como repetitividade, emprego de força e pressão temporal é mencionada pela trabalhadora 10 quando esta diz: *"Minha função era pegar o frango de cinco quilos da esteira, colocar na balança, depois colocar no pacote e jogar na outra esteira, então era isso em oito horas de serviço. A gente tinha que fazer cem embalagens por hora e se você deixava acumular, daí enchia a esteira e era pior pra você, porque tinha que tirar quatro mil quilos por dia"*.

Trabalhar em ambientes de temperaturas extremas, especialmente *baixas temperaturas*, também é considerado um fator de risco pela NR 17, sendo que esta era uma das características do último posto de trabalho de doze trabalhadores entrevistados. Segundo Minuta de nota técnica (Ministério do Trabalho e Emprego, 2004), grande parte dos postos de trabalho nos frigoríficos está situada em ambientes cuja temperatura varia entre nove e doze graus Celsius, em função da necessidade de manter a carne resfriada.

De acordo com documento sobre doenças relacionadas ao trabalho (Brasil/OPAS, 2001), os trabalhos manuais se tornam mais exigentes no frio, pois este reduz a destreza e a força dos membros, o que aumenta o risco das LER/DORT. Ao encontro desta afirmação vem a fala da trabalhadora 1, que menciona a dificuldade em saúde ocasionada, entre outros aspectos, pela exposição as baixas temperaturas: *"No frio eu também não posso trabalhar mais. O médico disse pra mim que o frio já é uma doença, que o sangue não circula, daí arrocha a mão e eu perco o movimento do braço. [...] agora eu trabalho em um setor quente, eles me trocaram de tanto eu ir consultar, daí me mudaram de função, mas quando dá um friozinho eu já sinto o braço diferente"*.

A trabalhadora 7 revela desconfiança em relação à temperatura marcada nos termômetros da linha e também menciona que a sensação de frio no setor em que trabalha é constante: *"Daí tem aqueles termômetro deles sempre marcando dez graus, mas eu duvido que aquilo esteja certo, imagina a gente com sapato, duas meias e roupa de lã por baixo do uniforme e passa frio sempre, sempre. Tem vezes que a gente fica com o rosto roxo de frio, é complicado trabalhar lá"*.

A presença de *ruídos* também se destaca como um risco físico do setor, o qual é também regulamentado pela NR 17, sendo que a produção de ruídos ocorre devido à nória e outros maquinários presentes na linha como indica a Minuta de nota técnica (Ministério do Trabalho e Emprego, 2004). Nesse sentido, menciona a trabalhadora 4: *“todo setor ali é barulhento, porque ali têm bastante esteiras, aqueles barulhos de máquinas que batem, e no meu setor têm muitas caixas que vêm, aquelas esteiras sempre cheias de caixas, daí bate e vira, então tem bastante barulho”*. A exposição a este fator de risco está associada a problemas como a inibição da interação entre os trabalhadores, perdas auditivas e irritabilidade, como apontam Medeiros (1999) e Azevedo, Bernardo, Shing e Santos (2009).

Uma das entrevistadas, que atualmente está afastada com diagnóstico de depressão, visibiliza os efeitos psicológicos da exposição ao ruído: *“Eu não suporto barulho, qualquer barulho me lembra das nórias da empresa. Sabe, aquele barulho nunca mais saiu da minha cabeça, parece que está em mim. Eu nunca vou esquecer, ouvia só aquele barulho, não via nem a noite nem o dia. Nunca vou esquecer. Me dá pavor de passar na frente da empresa e lembrar que eu poderia estar lá dentro, para mim parece um filme de terror, é o pior que tem lá dentro”*.

De acordo com Ministério do Trabalho e Emprego (2011a, p. 3), as medidas preventivas e de proteção nos espaços de trabalho devem ser implementadas de acordo com a seguinte ordem de prioridade: “a) eliminação dos fatores de risco; b) controle dos fatores de risco em sua origem com a adoção de medidas coletivas – técnicas, administrativas e organizacionais; c) uso de equipamentos de proteção individual”. No entanto, na prática da gestão de riscos no setor, se observa que a ordem proposta se inverte. Assim, entre as *ações de prevenção aos riscos laborais* adotados pelas empresas do setor agroindustrial, destaca-se a implementação do uso de *Equipamentos de Proteção Individuais* (EPI).

Isso pode ser observado em relação à exposição ao ruído, sendo que os trabalhadores entrevistados mencionam que nos últimos anos as empresas têm implementado o uso de abafadores para os trabalhadores da linha, como menciona a trabalhadora 2: *“Os setores são barulhentos, mas a gente tem o abafador, há dez anos não tinha nada, mas agora faz uns anos que eles estão exigindo”*. A minuta de NR anteriormente mencionada recomenda que o uso de equipamentos de proteção individual para redução da exposição ao ruído deve ter caráter emergencial ou complementar; no entanto, o uso de abafadores é a principal medida de proteção a esses risco.

As medidas de controle em relação ao risco de exposição a baixas temperaturas, segundo Minuta de Nota Técnica sobre o trabalho na indústria de Abate e Processamento de Carnes (Ministério do Trabalho e Emprego, 2011a), compreendem entre outros aspectos, redução do tempo de exposição do trabalhador e alternância de atividades, bem como o uso de vestimenta adequada. Na descrição feita pelos trabalhadores, o fornecimento de roupas e luvas é a principal forma de prevenção a este risco. Alguns trabalhadores também destacaram que o fornecimento de vestimentas adequadas para o frio tem melhorado ao longo do tempo, como afirma a trabalhadora 3: *“Agora está bom, mas quando eu comecei a trabalhar lá era terrível, uma época no inverno faltou roupa e eles diziam que o frio era psicológico, que não era para gente pensar nele, que daí ele não pegava, aquele inverno nós passamos muito frio”*.

Se o uso do EPI minimiza a exposição a este fator de risco, somente ele não elimina o desconforto causado pelas temperaturas extremas, como menciona a trabalhadora 5: *“Era muito frio, a gente passava frio o tempo todo, colocava aqueles rouponas grossas e ainda passava frio”*. No mesmo sentido, a entrevistada 3 menciona: *“Quando a gente voltava do intervalo tinha um gelinho por cima das mesas e das luvas e a gente tinha que colocar a mão lá dentro. Era muito frio, pode vestir o que você quiser, lá é frio e pronto, não tem”*.

Em relação ao risco de repetitividade, as medidas de controle apontam para a necessidade de reduzir a velocidade da linha de produção e o tempo de exposição dos trabalhadores a esta condição de trabalho. É interessante apontar que esta forma de prevenção aos riscos laborais está na contramão do que foi relatado pelos trabalhadores entrevistados, de que tem ocorrido um processo de intensificação do trabalho e prolongamento da jornada laboral nas linhas de produção das agroindústrias.

Outras medidas de proteção aos riscos laborais do setor agroindustrial envolvem a implementação de *rodízios* de atividades dentro da jornada diária de trabalho, como prevê o Ministério do Trabalho e Emprego (2011a). O rodízio no setor, segundo o referido documento, deve ocorrer considerando a exposição a fatores de risco como repetitividade, monotonia, ruído, frio e umidade, entre outros. As atividades realizadas nestas condições devem assim, ser alternadas com tarefas em que as mesmas condições não estejam presentes.

Apesar do rodízio ser uma estratégia importante na gestão dos riscos no setor, doze entrevistados disseram que o mesmo não ocorre nas funções que exercem, como menciona a trabalhadora 2: *“Eles fazem*

assim, colocam no papel que fazem rodízio caso o Ministério do Trabalho bata, mas como está sempre trocando funcionário, eles não fazem rodízio". A dificuldade em fazer rodízio de funções devido à falta de funcionários é mencionada também por outros entrevistados. Três entrevistados mencionaram que nos setores em que trabalham se começou recentemente a fazer rodízio. No entanto, a descrição das atividades entre as quais o trabalho é alternado mostra que essas têm características semelhantes, especialmente no que diz respeito à repetitividade e ao ritmo elevado.

A realização de *ginástica laboral* durante a jornada de trabalho também aparece como uma ação de prevenção às LER/DORT, muito citada pelos trabalhadores, como se observa na fala da trabalhadora 14: *"Todo dia eles param 8 minutos para fazer ginástica laboral. Todo mundo se exercita, é muito bom, porque àquela hora você descansa, se exercita e daí volta a trabalhar de novo, eu acho que ajuda"*.

No entanto, a realização dos intervalos para realização de *ginástica laboral* é também condicionada às necessidades de produção, sendo que com frequência estes intervalos descumpridos. Nesse sentido, a trabalhadora 1 menciona: *"Nem o intervalo que é para ginástica nós não estamos fazendo, porque falta gente para trabalhar, daí dá atraso de produção"*. Ou, como diz o entrevistado 16: *"A ginástica laboral deveria ser feita três vezes por dia por cinco minutos, mas às vezes ficamos duas semanas sem fazer, ou quando fazem é dois minutos, um funcionário ali do setor mesmo que coordena e pronto"*.

As *pausas* durante a jornada de trabalho são previstas pela NR 17 como medida preventiva à exposição a riscos como a repetitividade, posturas inadequadas que geram sobrecarga osteomuscular, e a exposição a baixas temperaturas, como reforça a minuta de nota técnica (Ministério do Trabalho e Emprego, 2004) sobre as condições de trabalho no setor. No entanto, só recentemente estas pausas começaram a ser realizadas em apenas uma das empresas do município que foi alvo de intervenção do Ministério Público do Trabalho pela segunda vez em um período de quatro anos, como denota a ação civil pública de 2008 e o TAC de 2011. Este último determina:

... a instituição de pausas regulares nos setores de pendura, escaldagem, evisceração, sala de cortes e embalagens, da produção de frangos e perus, objetivando a recuperação física e mental dos trabalhadores, sendo 5 pausas diárias de 8 minutos ou 4 pausas de 10 minutos para uma jornada superior a 8 horas diárias. (Ministério Público do Trabalho, 2011, p. 5).

As pausas regulamentadas pelo TAC são mencionadas por trabalhadores entrevistados como evidencia a fala a seguir: *“Agora, a cada uma hora e meia mais ou menos a gente folga 8 minutos, daí se você quiser fazer ginástica você faz, pode ir no banheiro, faz o que você quiser, mas vamos ver quanto vai durar”* (Trabalhadora 7). Nesse sentido, a trabalhadora 6 também menciona: *“Faz um mês que a gente está fazendo paradas de oito minutos para descansar daí, descansa os braços as mãos, daí a gente conversa um pouco nesses oito minutos, toma água e daí fica ali, depois continua de novo”*.

Apesar de se observar que vem ocorrendo uma atuação mais efetiva do Ministério Público do Trabalho junto a estas indústrias, os trabalhadores mencionam que é comum elas burlarem as ações de fiscalização em relação às condições de segurança e saúde, como evidencia a fala trabalhadora 2. *“A ginástica laboral é só no papel, eles fazem a gente assinar lá para dizer que a gente fez, mas quando tem é dois, três que podem fazer, porque se os outros vão o vareio pega. Eles também enganam quando vai a vigilância, que daí eles colocam a nória a dez por hora, mas o pessoal vira as costas aquilo é insuportável, daí eles tiram tudo que ficou pra trás atrasado, ou então quando um funcionário puxa a empresa na justiça, daí quando vai um perito lá, está uma maravilha, quem olha assim todos os funcionários meio parados, porque acostumados na paulera né, daí eles acham que é mentira do ex-funcionário, quantas vezes eu vi isso acontecer”*.

A questão apontada é muito semelhante ao que relata a trabalhadora 7, que atuava em outra empresa: *“Quando tem perícia que o pessoal coloca na justiça, Deus do céu, a velocidade vai lá embaixo pra já dizerem que é mentira o que a pessoa está falando, daí um dia veio uma ex-colega nossa que colocou na justiça, vieram os peritos, advogado, tudo lá com ela, daí um deles chegou e pediu pra uma das minhas colegas, ‘nossa, é tão bom trabalhar aqui, a velocidade baixa é bom assim?’, ela foi e disse, ‘a chefe baixou a velocidade porque vocês vieram, vem um dia normal pra ver é o inferno que é trabalhar aqui’, eles viraram as costas a chefe chamou ela e mandou embora na hora”*.

Questões semelhantes são mencionadas por mais quatro entrevistados e por profissionais de saúde que dizem que antes das fiscalizações as indústrias tomam medidas como diminuir o ritmo de trabalho, como apontado anteriormente, providenciar todos os EPI, fazer a limpeza dos setores. Nesse sentido, diversos trabalhadores apontam que as gerências sabem com antecedência das ações de vigilância ou visitas de peritos da justiça do trabalho. Isso possibilita a simulação de

medidas de proteção aos riscos laborais, as quais não ocorrem no cotidiano das fábricas.

As ações de prevenção aos riscos laborais aparentam serem ainda mais falhas em determinados setores nos quais há maior exposição aos riscos. Nesse sentido, pode ser observado nas falas dos trabalhadores que é comum eles ocuparem diversos postos de trabalho ao longo da trajetória ocupacional na empresa, mas é recorrente a menção a *setores em que o trabalho é considerado mais difícil*, geralmente porque as exigências como rapidez e repetitividade são maiores e se combinam à necessidade de atenção e concentração devido ao uso de materiais perfuro-cortantes, gerando outros fatores de risco como redução de contatos humanos e pressão temporal.

Entre esses setores se destaca o de desossa na linha de abate e processamento de aves. Nesse sentido, menciona um trabalhador que atuou nesse setor: *“Só tinha uma mesa lá que era ruim de trabalhar que era a desossa, eu não queria nem olhar para aquela mesa, é muito ruim desossar um frango, uma coxa”*. Já outro trabalhador menciona: *“Quando começou a me doer (referindo-se ao braço), me tiraram de lá onde eu desossava a coxa que era mais complicado porque tem que ter uma rapidez enorme e não pode deixar carne, tem que sair o osso bem limpinho, daí lá não dá nem pra se olhar porque se olhar pro lado passou tua coxa, sem falar que é muito perigoso de se cortar”* (Trabalhadora 5).

Na direção do que mencionam os entrevistados, o estudo de Buss (2010) indica que 73,8% dos trabalhadores das indústrias frigoríficas atendidos no CEREST de Chapecó no ano de 2008 em função de lesões decorrentes do trabalho atuavam nos setores de cortes/desossa. Nesse sentido, a pesquisa de Araújo e Gosling (2008), sobre a gestão de acidentes de trabalho em uma indústria frigorífica, mostra que tais acidentes se concentravam basicamente no setor de desossa, o que traça a dimensão da problemática ressaltada pelos entrevistados. Essas informações também vão ao encontro do que menciona a agente de saúde que trabalhou como técnica de enfermagem em uma destas indústrias, quando ela diz: *“Aparecia bastante gente com o braço inchado ou com as costas doendo, com problema de tendão, com tendinite, com bursite, principalmente o pessoal que trabalhava na desossa”*.

Os entrevistados destacam que geralmente os novos empregados iniciam nestes setores em que o trabalho é considerado mais difícil e que aqueles que conseguem se adaptar permanecem nestas funções. Isso fica evidenciado na fala da trabalhadora 6, que havia

ingressado na agroindústria há seis meses, trabalhando no setor de desossa. Ela diz: *“hoje eu pedi pra supervisora pra ver se ela me muda de setor que eu não estou conseguindo fazer, eu fico nervosa, daí ela disse que eu tenho que tentar mais um pouco [...] daí eu vou tentar, mas eu estou vendo que não adianta, mas ela falou que só troca de setor depois de oito meses de trabalho, que se ela ver que eu vou pra frente ela vai me segurar aí porque tem pouca gente”*.

Nestes setores considerados mais difíceis a empresa encontra mais problemas para completar o quadro de pessoal. Nesse sentido, a trabalhadora 2 menciona: *“ali na triparia nós seríamos nove, mas dificilmente tem as nove, porque é um setor que ninguém quer ficar. Que é difícil, olhar, parece que é o melhor setor que tem. Mas quem vai ali já sabe que não é assim, muitos eles levam ali e não aguentam. Por que incham as mãos, os primeiros dias incha e corta as mão porque tem que arrebentar a tripa”*.

A problemática de completar o quadro de pessoal nestes setores também é apontada pela agente de saúde 2: *“Em qualquer frigorífico, quando você entra para trabalhar eles te colocam na desossa e se você se adaptar eles não tiram mais você de lá. Porque, assim, é difícil as pessoas que conseguem se adaptar neste setor, então quando você se adapta ali eles te deixam lá, porque é difícil de substituir este trabalhador”*. Na direção do que aponta a profissional de saúde, nestes setores considerados mais difíceis, a falta de trabalhadores e a alta demanda por produção também dificulta a realização de ações de prevenção aos riscos como as pausas, rodízios e ginástica laboral.

A partir das falas dos trabalhadores, se observa que as ações implementadas no setor agroindustrial estão voltadas para os riscos laborais mais evidentes. Assim se privilegiam os riscos físicos em detrimento dos riscos ergonômicos e psicossociais⁵³, sendo que estes últimos apontam para a dimensão subjetiva da experiência laboral, como indicam Blanch, Sahagún e Cervantes (2010), sendo, portanto, menos “visíveis”. Nesse sentido, se observa a predominância do referencial da saúde ocupacional na orientação deste modelo de gestão dos riscos, o qual ainda prevalece no setor industrial (Minayo-Gomes & Thendin-Costa, 1997).

⁵³ De acordo com Blanch, Sahagún e Cervantes (2010), os riscos psicossociais advêm de condições específicas relacionadas com o entorno laboral, a organização e os conteúdos do trabalho, bem como as exigências para a realização das tarefas, as quais podem afetar a segurança e o bem-estar dos trabalhadores.

Mesmo em relação aos riscos laborais mais evidentes, priorizam-se aquelas medidas que exercem menor impacto sobre a produção, e as mais visíveis nas ações de vigilância em saúde. Assim, observa-se que quando os trabalhadores que estão na atividade há mais tempo mencionam melhoras nas condições de trabalho do setor, eles se referem exclusivamente a disponibilização de EPI e adequação de mobiliários, tendo em vista riscos como ruídos, posturas inadequadas e frio. Como menciona a trabalhadora 10: *“Hoje a gente tem todos os materiais, tem abafador, luva, agasalho, eles dão tudo”*. Ou como diz a trabalhadora 5: *“Quando eu comecei a trabalhar a gente ficava todo o tempo em pé, daí de uns oito, nove anos para cá eles começaram a dar cadeiras, era uma cadeira para cada nove mais ou menos, a gente ia girando, e agora, uns meses antes de eu me afastar tinha vindo uma cadeira para cada uma”*.

O controle dos riscos laborais no contexto agroindustrial também não conta com a participação efetiva dos trabalhadores como preconiza o campo da saúde do trabalhador (Mendes & Dias, 1991). Nesse sentido, as ações das indústrias se restringem ao binômio proibido/permitido do que é previsto na legislação trabalhista, em que se criam subterfúgios para encobrir o que é proibido em prol da manutenção da produtividade.

As formas parciais e fragmentadas de gerir os riscos no contexto agroindustrial, e os efeitos das condições de trabalho impostas no mesmo, produzem grande demanda por assistência à saúde, a qual é centrada no atendimento individual e de caráter “curativo”. Neste contexto, como afirma Almeida Filho (1992), a prevenção aos riscos deixa de ser uma problemática coletiva e assume a característica de problema individual. Assim, se tratam as características potencialmente ameaçadoras à saúde e à capacidade laboral, sem intervir de forma efetiva nos modos de produção, introduzindo como afirmam Neto e Caponi (2010), uma nova possibilidade de medicalização da vida. Nesta, o corpo do trabalhador torna-se alvo de diversas intervenções técnico-assistenciais nos serviços de saúde. No entanto, é no âmbito da atenção à saúde realizada nestes serviços que se constituem outras possibilidades de respostas e invenções, como formas de resistência dos trabalhadores ante o poder destas indústrias.

Capítulo 4: A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS

As ações voltadas à saúde dos trabalhadores das agroindústrias se dão em meio a uma realidade complexa, atravessada por múltiplos aspectos como as condições de saúde desta população, os interesses econômicos das indústrias, as regulamentações jurídico-legais em relação ao trabalho formal e ao setor saúde, entre outros. A dinâmica que compõe esta realidade pode ser definida a partir das relações de poder, em que se travam lutas a partir da posição e dos interesses de seus protagonistas. Nesse sentido, os jogos de poder são compreendidos como a integração e a coordenação das relações entre uma multiplicidade de forças cujos sujeitos sobre os quais se exerce o poder são ativos, podendo constituir um campo de respostas, reações e invenções possíveis (Foucault, 2002).

No âmbito destas relações de poder, a atenção à saúde dos trabalhadores do setor agroindustrial é permeada por questões como a busca dos trabalhadores pela inserção no sistema de proteção social, as atribuições dos profissionais de saúde a quem cabe permitir ou restringir este acesso, as necessidades das indústrias de manter sua força de trabalho e evitar a responsabilização pelos agravos à saúde de seus funcionários. Neste contexto, o campo da saúde do trabalhador se transforma em arena de disputas e conflitos que envolvem os diferentes atores deste processo.

Tendo em vista as problematizações anteriormente acenadas, este capítulo apresenta a dimensão de análise II em que é discutida a produção da atenção à saúde dos trabalhadores do setor agroindustrial, nos serviços de saúde públicos e privados que compõem a rede de saúde. Esse debate se dá a partir de quatro categorias de análise que são: o obscurecimento da dor; os afastamentos do trabalho; o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde; a atenção à saúde mental relacionada ao trabalho.

4.1 O obscurecimento da dor

A dor, de acordo com Helman (2009), além de envolver um evento neurofisiológico implica em fatores sociais, psicológicos e culturais que definem as formas como as pessoas percebem, respondem e comunicam aos outros sua dor. A dor ocupa um lugar de destaque na atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias, sendo a primeira dificuldade reconhecida por todos os trabalhadores usuários

entrevistados nesta pesquisa. Nesse sentido afirma a trabalhadora 11: *“O meu problema começou de uma dor, era tipo uma dor de queimado quando fazia o movimento, uma queimação e um formigamento, mas era em uma mão só, nos dedos aqui assim”*. O trabalhador 16 também menciona a dor como primeira manifestação da doença que ele hoje tem: *“Olha, tudo começou do braço que doía, tinha dias que o braço ficava ruim e tinha dias que não, daí com o tempo foi piorando”*.

Há que se destacar que os modos de expressar e lidar com as dificuldades em saúde, em que se destaca a queixa de dor, também podem ser compreendidos como efeito do domínio do modelo biomédico, que acordo com Batistella (2007) é orientado para a intervenção no corpo físico individual que retrate a doença de maneira objetiva. Nesse sentido, o sofrimento psíquico oriundo das condições de trabalho no setor agroindustrial é menos valorizado por este modelo de atenção à saúde e, portanto, menos evidenciados nas queixas em saúde que os trabalhadores apresentam no acesso aos serviços. Assim, a dor se configura como uma queixa mais “legítima” para retratar os problemas de saúde oriundos do trabalho.

As dores osteomusculares, especialmente nos membros superiores, associadas às parestesias comumente descritas pelos entrevistados, são consideradas preditoras das LER/DORT como apontam Assunção e Vilela (2009). A fala da trabalhadora 6 cujo quadro algíco é mais recente ilustra o início da manifestação destas enfermidades nos trabalhadores do setor: *“Chega durante a semana te dói os braços porque você faz muito movimento, formigam as pernas porque você fica muito de pé, [...] daí isso aí vai dando aquela dorzinha, mas no final de semana passa, daí quando volta na segunda vai começando de novo, mas é porque é começo, tem seis meses só que eu trabalho lá”*.

Na maioria dos casos, as manifestações de dor descritas pelos entrevistados iniciam de forma leve e esporádica, aumentando em frequência e intensidade e se alastrando para outros membros do corpo. Ao longo do tempo e frente a exposição contínua aos riscos laborais da atividade, muitos trabalhadores do setor passam a conviver com a presença permanente da dor. Nesse sentido a trabalhadora 10 menciona: *“Meu problema começou há mais ou menos três anos, primeiro doía o braço um dia por semana, quando eu fazia muita força, ou quando fazia faxina depois do trabalho, depois começou a doer dois dias, depois três e quando eu vi estava doendo todos os dias. [...] agora tem vezes que trava o ossinho da perna e eu não consigo caminhar, fico toda dura”*. Essa forma de evolução da dor aguda para um quadro de dor crônica,

segundo Ramos, Bianchessi, Merlo, Poersch, Veeck, Heisler & Vieira (2010) também é um fator característico das LER/DORT.

De modo geral os trabalhadores entrevistados descrevem que a dor inicial vão se agregando outras dificuldades relacionadas a esta, das quais são exemplos as alterações de sono, limitação de movimentos, dificuldade para dormir, ansiedade, descritas no quadro 4 (p. 81). Nesse sentido, fala o trabalhador 15: *“Eu sentia dor, era uma dor que queimava e no movimento que eu fazia na firma eu sempre sentia, até para subir as escadas depois de um tempo eu tinha que me agarrar, daí eu chegava em casa e não dormia de dor, [...] foi devagarzinho, devagarzinho, mas apertou agora de uns tempos para cá”*.

O reconhecimento do início dos episódios dolorosos varia de um trabalhador para outro, sendo que a maioria (onze entrevistados) relatou que a dor que simboliza o início da dificuldade em saúde, iniciou com até cinco anos de trabalho. Nesse sentido, cinco trabalhadores entrevistados descreveram que as dificuldades em saúde iniciaram durante os seis primeiros meses de trabalho na linha de produção. Seis entrevistados mencionaram que as dificuldades iniciaram com até cinco anos de trabalho no setor, cinco entrevistados com até dez anos de trabalho e um entrevistado traz que as dificuldades iniciaram com onze anos de trabalho na agroindústria. Nesse sentido, o curto espaço de tempo entre o exercício da atividade e a manifestação da dor, em vários dos casos estudados, indica a gravidade dos efeitos das condições de trabalho no setor na saúde dos trabalhadores.

O período de início da manifestação das dificuldades em saúde relatado pela maioria dos trabalhadores participantes do estudo se assemelha ao que relata Buss (2010) que ao estudar trabalhadores dos frigoríficos atendidos no CEREST de Chapecó, evidencia que 83,4% destes manifestaram “sinais/sintomas” das LER/DORT antes de completarem cinco anos de trabalho. Na mesma direção, os estudos de Neli (2006) e Santos (2011), também mencionam a manifestação destas doenças ocupacionais nos trabalhadores do setor após períodos de trabalho semelhantes.

As informações levantadas também vão ao encontro da observação feita por uma das trabalhadoras do setor entrevistada quando ela diz: *“Quem trabalha dentro de frigorífico não aguenta cinco anos sem apresentar algum problema, eu duvido que você ache um funcionário que trabalhou cinco anos ali dentro que saia sem problema do frigorífico, pode procurar”* (trabalhadora 2). Nesse sentido, é interessante observar a noção precisa que esta trabalhadora traz do

aparecimento das dificuldades em saúde nos trabalhadores do setor, o que indica o reconhecimento das dificuldades deste contexto laboral.

Alguns trabalhadores criam formas de lidar momentaneamente com as dores e as dificuldades em saúde desencadeadas pelo trabalho, antes de procurar auxílio nos serviços de saúde, como ilustra a fala do trabalhador 15: *“Eu tenho dor nos braços de fazer força e os meus pulsos também são abertos, então eu enfaixava os dois pulsos e daí chegou um tempo que eu fiz uma pulseira de couro para eu poder trabalhar, aqui na mão direita, para eu poder forçar, que a mão que eu mais forçava era a direita”*. Na mesma direção aponta a trabalhadora 5: *“Eu sempre trabalhei direitinho, nunca fiz corpo mole nem nada, quando eu não aguentei mais, porque eu estava trabalhando com o braço enfaixado, daí eles descobriram. [...] O meu braço estava inchado e tinha saído do lugar fazia uns vinte dias, mas eu estava vencendo o número, não estava ganhando show nem nada, só Deus sabe o que eu estava passando”*.

Os trabalhadores que escondem as dificuldades em saúde ou demoram a procurar auxílio para lidar com elas são geralmente aqueles que têm medo de perder o emprego, como se observa no caso de quatro dos trabalhadores entrevistados. Nesse sentido, a fala da trabalhadora 5 ilustra o que foi apontado: *“Eu comecei a tratar muito tarde, quando eu não estava mais sentindo o movimento das mãos [...]. Porque assim, como é que eu posso te dizer, eu tinha medo de perder o emprego, sabe que se você vai atrás de médico a empresa logo te manda embora. A gente não presta mais eles demitem e daí como eu precisava eu fui aguentando até que eu pude, quando não deu mais o que eu ia fazer? Entregar nas mãos de Deus”*. Assim, observa-se que quanto maior a vulnerabilidade social⁵⁴ do trabalhador menor a sua possibilidade de resistência e maior a sujeição aos modos de trabalho no setor. Essa condição produz como efeito o agravamento do problema de saúde já que o trabalhador permanece exposto aos riscos laborais da atividade.

Caso semelhante é relatado pela trabalhadora 11, quando diz 11: *“Eu demorei, demorei, fiquei muito tempo naquela dor de medo de pegar atestado. Faz quinze anos que eu trabalho lá e faz só dois anos que comecei a consultar, a pegar atestado médico. Tinha aquele medo de pegar atestado e eles mandarem embora porque eles são muito*

⁵⁴ Para Castel (1998), a vulnerabilidade social é uma zona intermediária instável que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade. De acordo com Dedecca (2007), os estudos acerca da vulnerabilidade social, especialmente aqueles relacionados à realidade dos países menos desenvolvidos, estão associados também à ideia de risco frente ao desemprego, à precariedade do trabalho, à pobreza e à falta de proteção social.

rígidos, então eu só fui atrás quando não aguentei mais, chegou no meu limite né. [...] Eles são de ameaçar bastante no trabalho". A fala desta trabalhadora mostra como os medos gerados pela vulnerabilidade social do trabalhador, convergem para o aumento da ansiedade, compondo um sofrimento psíquico que de acordo com Seligman-Silva (2011), se agrava à medida que se ameaça a segurança do emprego.

A partir do que é acenado, se observam que diante das dificuldades em saúde relacionadas ao trabalho, as estratégias de enfrentamento por parte dos trabalhadores são predominantemente individuais e centradas sobre o corpo, o que se reproduz no acesso aos serviços de saúde. A busca de cuidado em saúde ocorre, assim, quando o trabalhador comunica sua dificuldade e pede ajuda para lidar com ela. Os espaços ou sujeitos aos quais os trabalhadores se reportam nessa busca indicam como esses compreendem as dificuldades em saúde relacionadas ao trabalho e onde veem possibilidades de auxílio para lidar com elas. Seguindo o lastro do que menciona Helman (2009), compreender que a dificuldade em saúde é um problema clínico que requer soluções clínicas expressa as expectativas de um grupo cultural acerca destas dificuldades.

As expectativas deste grupo, de que fala o autor mencionado, em que os serviços de saúde se constituem como principal alternativa diante das dificuldades do trabalho, podem ser compreendidas como resultado da medicalização da saúde do trabalhador, em que a medicina e as outras disciplinas associadas a ela se tornam uma estratégia biopolítica que atua sobre a força de trabalho em função dos interesses da produção (Foucault, 1999a). Este processo revela também a incipiente organização coletiva destes trabalhadores, em função do domínio que o setor exerce na organização sindical da categoria e das relações sócio-laborais hierarquizadas e autoritárias.

Ao procurar os serviços de saúde, os trabalhadores do setor trazem como queixa principal as dores, especialmente as dores osteomusculares, como menciona um médico do CIS, quando questionado sobre o atendimento dos trabalhadores das agroindústrias na atenção básica: *"Aqui é uma unidade de saúde que tem esse viés da agroindústria porque tem muita gente que trabalha no setor, então a metade das consultas que eu atendo são de hipertensos e diabéticos e a outra metade é tudo com dor, a dor relacionada ao trabalho, é o nosso dia a dia junto com a hipertensão e diabetes"*.

Fala semelhante faz outro médico deste CIS quando diz: *"Olha, eu acho que quase metade dos nossos atendimentos é o pessoal dos frigoríficos. [...] A queixa deles é dor, principalmente no ombro,*

juntamente com o formigamento nas mãos, que a tendinite dá diminuição de forças, às vezes fica com a mão boba, não consegue pegar bem uma coisa, tem muito formigamento nas mãos no final do turno de trabalho”.

No uso que os trabalhadores fazem do serviço de saúde dentro da empresa, a dor também aparece como a principal queixa, como afirma agente de saúde que atuou como técnica de enfermagem em uma agroindústria do município: *“Começava sempre com uma dor, ou num ombro, ou no braço, na mão, às vezes apareciam lá com o pulso inchado e com bastante dor, geralmente o primeiro sintoma era a dor”.* O destaque para a queixa de dor aparece ainda nos serviços especializados, que não são porta de entrada da rede de saúde. Neste sentido, um médico do CRESME aponta a dor no centro das queixas dos trabalhadores usuários que chegam a este serviço, sendo que isso ocorre em momentos mais avançados do percurso pela rede de saúde: *“O que a gente atende das agroindústrias são as fibromialgias, os problemas osteomusculares de modo geral. [...] Daí a queixa é a dor, eles se queixam muito de dor, especialmente as mulheres⁵⁵”.* Nesse sentido, os prontuários dos trabalhadores usuários que fazem uso do CIS também indicam que a busca de auxílio para lidar com os problemas de saúde relacionados ao trabalho coincidem com o registro de queixas de dores osteomusculares durante as consultas médicas realizadas no serviço.

Ante a queixa de dor, a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias realizada nos serviços públicos e privados está pautada especialmente em torno de alguns procedimentos específicos. Entre estes se destacaram a prescrição de medicamentos, os exames complementares, a mudança de função, a fisioterapia e a emissão de atestados médicos para afastamentos do trabalho. Esses procedimentos conduzem a um “obscurecimento da dor”, compreendida aqui como expressão de um conjunto de dificuldades. Este obscurecimento ocorre tanto no sentido de amenizar momentaneamente algumas destas dificuldades a custo da cronificação do problema de saúde quanto pela produção da invisibilidade das doenças ocupacionais que atingem os trabalhadores do setor.

⁵⁵ Vários profissionais de saúde enfatizaram que as mulheres são mais suscetíveis à dor, que adoecem mais de LER/DORT e também que acessam mais os serviços de saúde, indicando questões de gênero na atenção à saúde destes trabalhadores. No entanto, essa questão não foi explorada devido aos limites desse estudo.

4.1.1 “Era como se a dor estivesse amortecida, então a dor não passa, é uma dor que não passa nunca”: a medicamentalização da dor

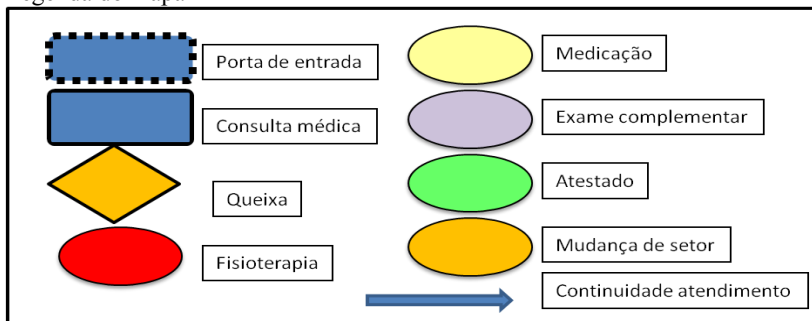
A prescrição e o consumo de medicamentos pelos trabalhadores usuários emergem nesta pesquisa como a conduta terapêutica mais presente para manejar as dificuldades em saúde ao longo do percurso pela rede, diante das diferentes queixas apresentadas pelos trabalhadores usuários aos serviços de saúde. O consumo de fármacos se dá a partir da prescrição do profissional médico, ou então da automedicação pelos trabalhadores usuários, ambas as subcategorias que serão discutidas a partir deste momento.

A *prescrição de medicamentos* frente à queixa de dor é mencionada como uma prática corriqueira por todos os trabalhadores entrevistados, sendo corroborada também pelos registros dos prontuários de saúde e pelas observações realizadas no serviço de atenção básica. O mapa de percurso da trabalhadora 1, disposto a seguir, ilustra o predomínio desta conduta terapêutica na atenção à saúde do trabalhador nos diferentes serviços de saúde.

Figura 2: Mapa de percurso da trabalhadora 1 (elaborado pela autora)



Legenda do mapa



A usuária cujo mapa de percurso está representado anteriormente tem 42 anos e trabalha há dezessete anos nas linhas de produção das agroindústrias. Suas dificuldades em saúde teriam iniciado em 2000, ou seja, depois de sete anos de trabalho no setor, e a busca de atendimento clínico teria ocorrido aproximadamente um ano depois do início das manifestações de dor. Como pode ser observado no mapa de percurso, o primeiro local acessado pela trabalhadora em buscar auxílio para lidar a dificuldade teria sido o SESMT da empresa. Esse serviço, de acordo com a entrevistada, é o mais procurado por ela em função da facilidade de acesso ao mesmo: *“Eu geralmente vou na firma, só vou no posto quando eu vejo que não está resolvendo porque depois da consulta você tem que esperar dez dias para o medicamento fazer efeito. Daí eu acabo indo no posto para falar com outro médico, as vezes eles dão um medicamento diferente”*.

Como se observa na descrição da trabalhadora, para suportar o tempo de espera determinado para ter o efeito do medicamento, a entrevistada busca o Centro de Saúde como uma alternativa para lidar com a dor. Assim, a “resolução” da dificuldade se dá por meio do medicamento, e quando este não atua da forma desejada se introduz outro medicamento, tendo em vista que o trabalhador usuário tem que dar conta das demandas impostas pela atividade laboral. Nesse sentido, observa-se a centralidade dos fármacos na assistência realizada nos diferentes serviços de saúde, públicos e privados.

A fala anterior também destaca um aspecto que também se fez presente com outros doze trabalhadores entrevistados, que é a realização do uso paralelo dos serviços de saúde públicos e privados, em diferentes momentos do percurso pela rede de saúde. Esse uso ocorre sem que haja qualquer diálogo ou planejamento comum dos serviços em relação à atenção à saúde destes trabalhadores. Nesse sentido, como afirma

Mendes (2011), se observa um sistema de saúde fragmentado por meio de pontos de atenção à saúde isolados e não comunicados, que como se observa no caso descrito, acentuam a medicamentação da dor.

As informações do prontuário presente no CIS referente à trabalhadora 1 indicam que aproximadamente um ano depois de sua primeira inserção no SESMT, no ano de 2002, ela começou a trazer queixas de dores osteomusculares no atendimento realizado no serviço de atenção básica. Desde que a usuária iniciou a utilização do CIS em 1999, há 81 registros de consultas em seu prontuário, das quais apenas 3 são anteriores a 2002. Desde então, o número de consultas por ano variou de um mínimo de 4 até um máximo de 14, indicando um aumento significativo na frequência de uso do serviço pela trabalhadora. Do total de consultas registradas, 54 foram realizadas com profissional médico e 27 com profissional enfermeiro, sendo que este último profissional claramente atende às demandas no campo da saúde da mulher preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004d), especialmente na distribuição de contraceptivos e realização de exames preventivos.

Entre as queixas mais frequentemente registradas no prontuário da trabalhadora, estão problemas ginecológicos, dores osteomusculares, cefaléia, dores nas pernas devido à presença de varizes e sinusite. Por mais que as diferentes queixas possam ter relação com a atividade laboral, para compor o mapa de percurso no que toca a rede pública, foram utilizados somente aqueles registros em que constavam como queixa dores osteomusculares, as quais somam um total de onze consultas⁵⁶.

O mapa de percurso indica que em todas as inserções da trabalhadora usuária nos serviços de saúde, seja na atenção básica ou no médico do trabalho, diante da queixa de dor ocorreu a prescrição de medicamentos analgésicos e/ou anti-inflamatórios. Isso se reproduz nos prontuários dos quatorze trabalhadores que faziam uso do CIS com queixas de dores osteomusculares. Essa conduta também é mencionada pelos demais trabalhadores entrevistados quanto aos atendimentos realizados junto aos médicos do trabalho das indústrias, em que com frequência a única conduta adotada é a prescrição destes grupos de fármacos. Esta questão é ilustrada pela fala da trabalhadora 1, quando

⁵⁶ O mesmo critério acenado foi adotado na construção dos demais mapas de percurso apresentados ao longo deste capítulo, sendo acrescentadas, além destas, apenas situações em que o registro do prontuário indicava a relação entre a queixa e a atividade laboral. Este recorte se deu tendo em vista os objetivos da presente pesquisa e os limites para a sua realização, em que não foi possível aprofundar outras queixas trazidas nas consultas realizadas.

diz: “*Eles [referindo-se aos médicos do trabalho] só dão calmante, só para acalmar a dor*”. Essa forma de intervenção também pode ser ilustrada pela fala da trabalhadora 2: “*O que eu fazia pra dor? Eu pegava remédio, tomava os remédios que o médico da empresa receitava, passei quase dez anos fazendo isso*”.

A fala da agente de saúde que trabalhou como técnica de enfermagem no SESMT de uma agroindústria confirma a centralidade da prescrição medicamentosa na atenção à saúde realizada no espaço da empresa: “*Os funcionários que iam ao ambulatório tinham que primeiro conversar comigo, falavam se estavam sentindo dor ou não e daí eu marcava consulta com o médico do trabalho. Neste primeiro estágio o que se fazia era medicar para a dor. Geralmente era indicado medicamento injetável que alivia a dor mais rápido, era uma injeção de corticoides que a gente fazia muito*”.

Essa prática se reproduz com frequência quando os trabalhadores são encaminhados aos médicos especialistas, seja do SUS ou dos convênios médicos privados, o que indica que a medicamentação segue sendo a principal oferta terapêutica ante a cronificação do quadro de saúde. Exemplo disso é o que menciona o trabalhador 16 acerca do atendimento realizado pelo ortopedista do plano de saúde privado, o qual ocorreu após quatro anos com dores osteomusculares: “*Eu disse pra ele [referindo-se ao médico ortopedista], doutor, eu não aguento mais, daí ele me disse calma, vamos fazer um tratamento pro teu braço, eu vou te dar outro remédio e qualquer coisa a gente vai trocando, por enquanto vamos fazer isso*”.

Já na rede pública a conduta centrada na prescrição medicamentosa dos médicos especialistas é mencionada por um médico do CIS: “*A gente encaminha eles para o ortopedista e com frequência eles voltam sem nenhuma orientação de troca de setor ou outra coisa, eles vêm só com a medicação, e geralmente é a mesma medicação que a gente já deu, ou então eles acrescentam dois tipos de anti-inflamatório, coisa que a gente não faz porque machuca o estômago*” (Médico CIS 2). Observa-se assim a similaridade das ações da rede pública e privada no atendimento à saúde do trabalhador em que a assistência está centrada no ato prescritivo, como dizem Franco, Pazzini e Foschiera (2004). Nesse sentido, os próprios profissionais de saúde reconhecem que há medicamentação excessiva dos trabalhadores usuários e que esta não é resolutiva frente a dificuldade em saúde.

Ainda em relação aos SESMT, tais serviços acabam fomentando o uso de medicamentos de outras maneiras, já que é uma prática comum que, para se aceitar atestados médicos de outros serviços

de saúde, o trabalhador tenha que levar o fármaco prescrito para “comprovar” a veracidade do problema. Isso é ilustrado pela agente de saúde que foi técnica de enfermagem em uma agroindústria: *“A gente sabe que assim como têm pessoas que necessitam do atestado, têm aquelas que dão um jeito para desviar o trabalho, e tinha gente que consultava e que não tomava o remédio, então na semana seguinte estava com o mesmo problema. Daí o doutor [referindo-se ao médico do trabalho] exigia junto com o atestado, a receita e a medicação que eles tinham recebido”*.

Isso também é repetido por seis entrevistados e três profissionais de saúde, como ilustra a fala da trabalhadora 3: *“para eles aceitarem o atestado, tinha que levar tudo, o recibo da farmácia e até o medicamento, e ainda tinha vezes que eles aceitavam e tinha vezes que não”*. A questão apontada evidencia a dimensão que o medicamento assume na atenção à saúde do trabalhador, em que o fármaco como diz Coser (2003) passa a operar não apenas sobre a essência que ele supostamente trata, mas se torna um elemento crucial na própria definição da dificuldade sobre a qual ele interviria.

A importância que a prescrição medicamentosa assume na assistência prestada aos trabalhadores nos serviços públicos e privados pode ser entendida a partir do que traz Lefevre (1991), de que os fármacos se destacam como um recurso acessível e que permite o rápido reestabelecimento para qualquer tarefa, neste caso, o trabalho. Como diz a trabalhadora 10: *“Essa semana mesmo me deu uma crise, eu acordei as 4h30m para ir trabalhar, daí me deu a crise, eu fui para o pronto atendimento, eles me deram uma injeção no soro, mas foi que nem tirar a dor com a mão”*.

Os fármacos atuam, assim, como um dispositivo biopolítico que favorece as indústrias na disciplinarização dos corpos dos trabalhadores que se mantêm úteis e disponíveis para o trabalho, ao reduzir ou mascarar o mal-estar provocado pela dor. Nesse sentido, o modelo biomédico que predomina nos serviços de saúde, faz com que a própria rede pública atue, mesmo sem intenção, de forma a favorecer o interesse de controle dessas indústrias por meio da assistência prestada aos trabalhadores usuários. Essa por sua vez, favorece a que os trabalhadores usuários continuem expostos aos riscos laborais das linhas de produção, o que leva ao agravamento dos problemas de saúde ao longo do tempo.

A atenção à saúde do trabalhador centrada na prescrição de fármacos sem intervenção sobre os riscos laborais expressa o que menciona Birman (2001) sobre a cura não ser mais o objetivo principal

da medicina, o qual agora gira em torno da regulação do mal-estar, neste caso, aquele provocado pela dor do trabalho. Nesse sentido, o medicamento se torna "... o eixo da regulação corpórea. Assim, a leitura do mal-estar corpóreo assume uma direção totalmente funcional e não mais etiológica" (Birman, 2001, p. 185).

Ao encontro do que é mencionado, vem a fala do profissional médico da atenção básica, que diz: *"é meio chato até admitir isso, mas como a gente tem um grande fluxo, a gente acaba só tratando o paciente, só pedindo exame, vendo se precisa de cirurgia ou não, vendo se precisa de fisioterapia ou não e dando a medicação, geralmente é isso que a gente faz, a gente não cuida para que ele não piore, a gente só tenta fazer com que a vida dele seja menos ruim naquele momento, sem pensar tanto no futuro"* (Médico 2).

Interessante observar na fala do profissional de saúde o reconhecimento dos limites desta forma de atuação, os quais também estão relacionados às condições de trabalho destes profissionais, que, como afirmam Borges, Tamayo e Alves Filho (2005), com frequência está distante do que preconiza o SUS. O atendimento regido pela lógica da pressa e da falta de continuidade esvazia assim, a dimensão cuidadora na relação entre profissional e usuário, que poderia, como afirmam Franco e Merhy (2011), por limites às diretrizes normativas que tentam enquadrar as práticas de saúde em fórmulas rigidamente protocolares.

O uso de medicamentos como um caminho rápido e eficiente para livrar-se da dor, é também utilizado pelos trabalhadores por meio da *automedicação*. A prática da automedicação, segundo Paulo e Zanini (1988), se refere ao uso de fármacos sem prescrição médica, cuja finalidade é tratar os agravos de saúde autorreconhecidos. O uso da automedicação ante os quadros algícos é mencionado por sete trabalhadores entrevistados, como ilustra a fala a seguir: *"Eu tomo remédio por conta, senão a gente não aguenta"* (trabalhadora 10). Ou como diz a trabalhadora 14: *"A gente vê os colegas que pegam atestado direto, eu não, eu tomo remédio, daí vai passando aquela dor"*.

Nas falas relatadas se pode observar que o consumo de medicamentos por estes trabalhadores se torna uma forma para suportar a dor ocasionada pelo trabalho, em que se reproduz a conduta terapêutica realizada no acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, vale ressaltar que seguindo os percursos destes trabalhadores em relação às dificuldades de saúde, fica evidente que a automedicação é incorporada por seis dos casos citados após o contato com os serviços de saúde em que ocorre a prescrição de medicamentos. Como menciona uma trabalhadora entrevistada quando perguntado o que ela fazia

quando sentia dor: *“Eu tomo remédio pra dor, tomo por conta mesmo. Na época quando eu fui atrás o ortopedista me deu um analgésico, eu tomei um tempo esse daí, agora eu tomo outro analgésico e um anti-inflamatório. Só que às vezes me dá as crises, daí eu vou ao posto e tomo injeção que a dor passa mais rápido”* (entrevistada 10).

A automedicação no percurso destes trabalhadores vai ao encontro do que Boltanski (1989) chama de medicina imitativa. Ela diz respeito à reprodução pelo sujeito, no caso o trabalhador, dos “... gestos e palavras do médico, ou melhor, entre esses, os gestos que lhes são perceptíveis, e as palavras que podem identificar e memorizar” (p. 23). Nesse sentido, a forma de nomear as doenças e o nome dos remédios que orientam o consumo vêm dos profissionais de saúde.

A relação entre automedicação e as prescrições médicas anteriores é apontada em trabalhos como de Arrais, Coelho, Batista, Carvalho, Righi e Arnau (1997), Riememann, Illesca e Droghetti (2001) e Martins *et al* (2011). Esses estudos, ao qual se agrega também aquele realizado por Ferraz, Grunewald, Rocha, Chehuen Neto e Sirimarco (2008), apontam ainda que os medicamentos mais consumidos na prática da automedicação são do grupo farmacológico dos analgésicos, e o motivo se relaciona a sintomas dolorosos. No caso dos trabalhadores participantes deste estudo, na automedicação os sujeitos utilizam além dos analgésicos, medicamentos anti-inflamatórios, sendo que a combinação destes dois grupos de fármacos são as prescrições mais frequentes nos serviços de saúde, como se observa na fala dos profissionais de saúde e também no mapa de percurso da trabalhadora 1 (p. 143).

A incorporação do uso de fármacos pelos trabalhadores usuários por meio da automedicação indica um assujeitamento deles diante dos dispositivos biopolíticos de controle das indústrias. Nesse sentido, observa-se que o processo de medicalização da saúde não está restrito a ação uma categoria profissional ou a uma instituição específica, sendo incorporados ao tecido social de forma ampla. Assim, aponta um médico do CIS: *“O paciente, ele não quer saber se para o caso dele é melhor ou não o remédio, ele só quer saber de que alguém dê aquele medicamento pra ele e pronto, então acaba que muitas vezes eles não te procuram para encontrar uma solução, porque eles já têm uma solução na cabeça, que é remédio pra dor, entendeu?”* (Médico CIS 1).

Quando o usuário busca o medicamento como única solução para a dificuldade em saúde, ele reproduz, como diz Camargo Júnior (2005), uma demanda que é construída socialmente. Nesse sentido, cabe destacar que demanda por medicamentos também direciona o fluxo

assistencial apenas para o profissional médico, único prescritor, o que reduz a capacidade do atendimento dos serviços públicos de saúde e dificulta o atendimento multiprofissional e interdisciplinar preconizado pelas diretrizes do SUS.

A problemática acenada aponta ainda para a dependência da sociedade contemporânea aos fármacos, em que como diz Barros (2002, p. 81), “... se crê que, para todo e qualquer problema, independentemente de sua gravidade ou nexos causais, haverá uma pílula salvadora”. Isso é ilustrado por meio da discussão realizada em reunião da equipe de Estratégia de Saúde da Família acompanhada pela pesquisadora, em que estava sendo debatido o uso prolongado de medicamentos psicotrópicos. Nesse sentido, um profissional de saúde diz: *“Alguns tomam a decisão por conta de largar o medicamento quando estão se sentindo bem, mas que isso é muito raro, a maioria deles quando a gente fala em mexer na medicação resistem muito. Alguns usuários que nós vamos visitar têm um altar com Nossa Senhora de um lado e o remédio de outro, eles dizem, você não vai tirar meu remedinho, eu só tenho isso e você quer tirar”* (Médico do CIS, notas de diário de campo).

Em alguns casos, a melhora momentânea da dor possibilitada pelo uso de medicamentos leva o trabalhador a subestimar a dificuldade em saúde que a dor denuncia, como ilustra a fala da trabalhadora 11: *“Daí eu ia sempre consultando e tomando medicamento por conta. Daí quando eu via que não doía mais pensava, isso aqui não é nada”*. Ao não levar em consideração a dificuldade, os trabalhadores continuam se submetendo aos riscos da atividade laboral, o que leva à cronificação do problema. Nesse sentido, os medicamentos servem às empresas como uma forma de controle social agenciada pelo poder medical que possibilita estender a vida laboral seus funcionários nas condições de trabalho oferecidas.

Ao longo do tempo vários trabalhadores reconhecem a medicação como algo que somente mascara a dor, o que eles aprendem com a própria experiência de consumo dos fármacos, como diz a trabalhadora usuária 9: *“Eu tomei remédio para a dor muitas vezes, era o médico da empresa mesmo que dava, era para dores musculares. Só que eu parava e depois voltava tudo de novo. Era como se a dor estivesse amortecida, então a dor não passa, é um alívio, vamos dizer assim, mas a dor continua ali, dependendo o movimento que eu faço sinto toda aquela dor de novo, é uma dor que não passa nunca”*.

Com o passar do tempo, a cronificação do problema de saúde leva a incorporação dos medicamentos ao dia a dia dos trabalhadores

usuários, como aponta a Agente de Saúde 1: *“a maioria que começa com esses problemas [referindo-se às LER/DORT], vai mesmo pra calmante que eles [os médicos] dão e fica pro resto da vida. Conheço vários que já estão há anos nessa condição, indo só abaixo de calmante”*.

No uso prolongado de medicamentos, os trabalhadores usuários agregam diferentes fármacos ao uso diário, como ilustra o caso da entrevistada 2: *“Olha aqui o que é que eu tomo [mostra uma sacola repleta de medicamentos]. Eu tomo analgésico, anti-inflamatório e relaxante muscular, remédio para dormir, que eu não conseguia mais dormir. Deixa eu ver, não lembro de tudo. Ah, tem mais este outro que é pra desinflamar, daí eu estou tomando um antiúlcera direto porque estou com gastrite de tanto medicamento”*.

Como se observa na fala da entrevistada, o aparecimento de novas dificuldades em saúde relacionadas à dor crônica, como a dificuldade para dormir, ou ao próprio uso dos medicamentos como as dores de estômago, são tratadas por meio da incorporação de novos medicamentos. Isso também aparece nos prontuários de saúde dos trabalhadores usuários, como se observa no percurso da trabalhadora 1 (p. 143). Nesse sentido, diante da queixa de nervosismo feita em 10/2003, agrega-se aos fármacos a prescrição de um antidepressivo, mostrando que a conduta se reproduz para as diferentes queixas em saúde.

Os efeitos negativos da medicamentação da dor são observados por alguns profissionais de saúde como destaca um médico do CIS: *“Esse uso indiscriminado de medicamentos tem efeitos colaterais, eles podem desenvolver problemas gastrintestinais, além de que muitos criam dependência dos medicamentos”* (Médico 1). Ou, como diz uma enfermeira que atua no mesmo serviço de saúde: *“o nosso atendimento aos trabalhadores da agroindústria se centra na prescrição de medicamentos e na indicação de fisioterapia. No entanto, a fisioterapia é difícil conseguir, então eles acabam só usando medicamento e a gente sabe que o uso prolongado vai lesar rim, fígado, eles podem até fazer uma hepatite medicamentosa”* (Enfermeira 1).

Mas o efeito mais evidente no percurso dos trabalhadores participantes desta pesquisa é o que menciona o profissional de saúde do CEREST quando diz: *“O uso da medicação como é realizado, de maneira isolada, causa uma falsa impressão de recuperação, e ele acaba se lesionando mais ainda”*. Nesse sentido, os fármacos contribuem de maneira decisiva para os longos percursos pela rede de saúde em que se reproduzem consultas médicas e prescrições

medicamentosas, sem a intervenção nas condições laborais que ocasionam as doenças ocupacionais.

4.1.2 A doença invisibilizada: A função dos exames complementares na produção do cuidado

Uma das dificuldades que perpassa a atenção à saúde dos trabalhadores usuários que têm LER/DORT é a “invisibilidade” destas doenças, especialmente nos seus estágios iniciais. Essa invisibilidade de acordo com Helman (2009), está relacionada à origem desta dor, que neste caso é dentro do corpo do trabalhador e não fruto de uma lesão ou trauma externo. Neste contexto, como diz o referido autor, “pode ser difícil para a pessoa que está com dor comunicar o fato de que está sofrendo ou fazer com que os outros reconheçam, compreendam e “compartilhem” sua dor” (Helman, 2009, p. 170).

Foi possível observar nesta pesquisa que os exames complementares ao exame clínico ocupam um lugar importante na assistência prestada aos trabalhadores das agroindústrias, na medida em que esses exames podem dar visibilidade às dificuldades em saúde. Isso é expresso na fala da trabalhadora 5 quando esta diz: *“Quando eu fui na médica do trabalho e ela me disse não te preocupa, o teu problema está no exame, eu tinha o exame que comprovava o meu problema”*. Nesse sentido, quando os exames complementares identificam alterações anatomofisiológicas no corpo do trabalhador, esse pode comprovar a existência do problema de saúde, dando veracidade à queixa de dor e ao sofrimento oriundo dela.

Os exames complementares mais realizados ante as queixas de dores osteomusculares no contexto pesquisado são a radiografia, a ultrassonografia e a tomografia computadorizada. A realização de radiografias aparece tanto nos prontuários dos trabalhadores como nas suas entrevistas e nas dos profissionais de saúde, como o exame complementar mais frequentemente realizado.

Em relação à Atenção Básica, a radiografia é o exame mais acessível dos três anteriormente citados, por ser de menor custo e de mais rápida realização. Como diz um médico do CIS: *“O exame de Raio-X agora está rápido, leva em média de dez a doze dias, antigamente era um ano”*. Assim, esse exame é o mais solicitado no atendimento a esses trabalhadores, como afirma a agente de saúde 1: *“o pessoal do frigorífico quando vem aqui ganha mais é Raio-X. Raio-X de braço ou da coluna, é difícil paciente que saía dali sem esse exame, a gente sabe porque nós que entregamos”*. Os outros dois exames

complementares que são de alto custo, geralmente levam muito tempo para serem realizados, quando o são, sendo, portanto, menos solicitados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Além de servir para o trabalhador como “prova” de sua doença perante os profissionais de saúde e as empresas, os exames complementares também possibilitam ao trabalhador usuário visibilizar a dor e o sofrimento em outros contextos sociais em que circula, como junto à família. Nesse sentido, a trabalhadora 11 menciona: *“Até o meu marido me dizia, ah, você enxerga os outros reclamando que dói e você diz que dói também, daí eu ficava quieta, nem me queixava, mas depois que vieram os exames, que o problema apareceu, ele viu que era verdade”* (entrevistada 11).

Colocar o problema de saúde em evidência por meio dos exames complementares também possibilita ao trabalhador assumir o lugar social de doente, e defender-se da discriminação dos colegas de trabalho diante da dificuldade de saúde, como ilustra a fala da trabalhadora 5: *“Outro dia encontrei uma colega de trabalho e ela me perguntou como que se fazia para ficar todo esse tempo afastada. Eu fiquei tão magoada, [...] meu Deus, como se eu estivesse fingindo, não tem fingir, de que jeito se o exame está ali, tem pilhas de exames, cada pouco eu estou fazendo um, fiz até ressonância magnética e aparece, então como a perícia vai te avaliar se você não tem o exame?”*.

A fala anterior também aponta a importância destes exames para os diagnósticos que conduzem aos afastamentos do trabalho. No entanto, Assunção e Vilela (2009) ponderam que na prática não existem exames complementares que comprovem a existência das LER/DORT, cujo diagnóstico é eminentemente clínico, exigindo especialmente nas fases iniciais, a sensibilidade do profissional de saúde. Nesse sentido, os referidos autores trazem que a função destes exames é apenas auxiliar na realização do diagnóstico de alguns distúrbios e facilitar o diagnóstico diferencial.

Os limites destes exames para comprovar ou não a existência das LER/DORT, e por outro lado a importância que se atribui a eles para visibilizar o agravamento, são vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido menciona um médico do CIS: *“Quando esse paciente chega com dor a gente faz uma investigação inicial, vê o que já foi feito [...] tenta medicar inicialmente, fazer os exames que podem ser feitos, [...] mas na verdade o que acontece é que nós damos muitos falsos negativos, porque muitas vezes o exame não detecta o problema, não permite visualizá-lo”* (médico 1). Nesse sentido, Assunção e Vilela (2009) apontam que se os exames complementares não confirmam o

diagnóstico de LER, eles também não podem excluir a possibilidade da doença.

A importância que os exames complementares assumem na atenção à saúde destes trabalhadores indica a predominância do modelo biomédico nos serviços de saúde, em que como afirma Batistella (2007), as ações dos profissionais estão voltadas ao corpo físico individual, dedicadas à busca das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais que comprovem a doença. Essa forma de intervenção mostra a sobreposição entre as noções de norma e saúde (Canguilhem, 2002), em que se buscam evidências empíricas e mensuráveis que retratem a doença de maneira objetiva afastando a necessidade de juízo de valor na avaliação do profissional de saúde.

Em relação à atenção à saúde do trabalhador formal, um dos aspectos que reitera a necessidade de evidências empíricas, como as que supostamente forneceriam os exames complementares, é o fato de que os diagnósticos dos agravos têm, com frequência, a função de mediar a relação entre os funcionários e as indústrias, munindo o trabalhador nas relações de poder que se travam neste contexto. Isso gera uma nova responsabilidade ao profissional de saúde, como pode ser observado na fala de um médico do CIS, que diz: *“É complicado porque a gente não consegue ter um acompanhamento do paciente. Então se ele chega com algum problema a gente pede um exame que no geral demora muito para chegar. Mas se eu for tratar todo mundo que disser que está com uma dorzinha, daqui a pouco ninguém mais trabalha, eu não posso, então se a gente não tem certeza, tem que pedir algum exame mais preciso para nos ajudar no diagnóstico. Daí nos casos que a gente vê que era verdade, dá um remorso, a gente pensa, eu mandei embora, demorou tantos meses para fazer o exame, ele realmente sentia muita dor”* (Médico CIS 2).

A dificuldade em ter um acompanhamento do trabalhador usuário, como menciona a profissional de saúde, mostrou-se por meio da observação participante, estando relacionada ao grande fluxo de usuários no Centro de Saúde em questão. Esta dinâmica de funcionamento do serviço dificulta a produção do cuidado que seria facilitada por práticas como o acolhimento e o vínculo entre o usuário e o profissional, bem como pelo atendimento multiprofissional, preconizados pela Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c). Essas práticas por sua vez, também facilitariam o diagnóstico dos agravos e favoreceriam a construção dos projetos terapêuticos singulares (Brasil, 2007).

A grande demanda por consultas médicas na atenção à saúde do trabalhador formal, está pautada na busca dos trabalhadores por procedimentos que somente esses profissionais podem realizar como a dispensação de medicamentos, a solicitação de exames, a emissão de atestados, os quais são reconhecidos pelas indústrias. Nesse sentido, reforça-se o atendimento medicocentrado e procedimento centrado de que falam Franco e Merhy (2005). Este modelo de atendimento e sua baixa resolutividade por sua vez, aumenta o fluxo dos trabalhadores usuário aos serviços de saúde, criando um ciclo vicioso difícil de romper, como indicam os percursos dos trabalhadores usuários participantes desse estudo.

Na avaliação da perícia médica do INSS para a concessão do benefício previdenciário, os exames complementares no caso das LER/DORT também ocupam um papel importante como menciona o profissional do INSS: *“A perícia médica tem que basear naquilo que o trabalhador traz em termos de diagnóstico, e de exames, então isso acaba sendo importante para definir o nexo entre a doença e o trabalho e a própria concessão do benefício previdenciário”*. Assim, se observa que neste serviço as ações dependem da comprovação da doença de maneira objetiva, na perspectiva do modelo biomédico.

O médico do CRESME aponta outros limites dos exames complementares para a definição do diagnóstico das LER/DORT, quando diz: *“eu questiono a qualidade da análise dos exames de Raio-X e ultrassonografia, às vezes eu tenho a impressão de que eles têm um modelo padrão e escrevem a mesma coisa para todo mundo. Além disso, é comum em uma ultrassonografia se detectar alterações, mesmo para quem não realiza esforço repetitivo, mas quando o usuário já tem uma ideia formada a respeito do seu problema e vem uma alteração no exame, fica difícil para o médico argumentar outra coisa”*. Nesse sentido, vê-se que os exames complementares enquanto instrumentos de regulação para diferenciar os “doentes” dos “não doentes” não reproduzem apenas o controle das empresas, mas como diz Lazzarato (2000), produzem também resistência e oposição do trabalhador diante dos modos de trabalho presentes nas indústrias. No entanto, o profissional de saúde, se vê tendo que lidar com o papel que é delegado nessas relações de poder entre indústria e trabalhador.

Os serviços de saúde constituem-se assim como o palco em que estas disputas se travam, que com frequência têm o profissional de saúde como mediador. Como fala um médico do CRESME: *“A gente aqui é vítima da judicialização da saúde, então assim como existem advogados de porta de cadeia, existe também advogado de porta do*

INSS, daí muitas vezes os trabalhadores já chegam aqui com o discurso pronto, eles já dizem o exame que querem, eles dizem ‘eu quero uma ultrassonografia, mas às vezes isso não é coerente com os sintomas que ele está descrevendo, entende, só que eles são treinados pelos advogados e muitas vezes as pessoas se aposentam indevidamente porque entra com um processo judicial e o juiz que se acha um Deus, não pede opinião para ninguém, vai lá e decide que ele tem que se aposentar’.

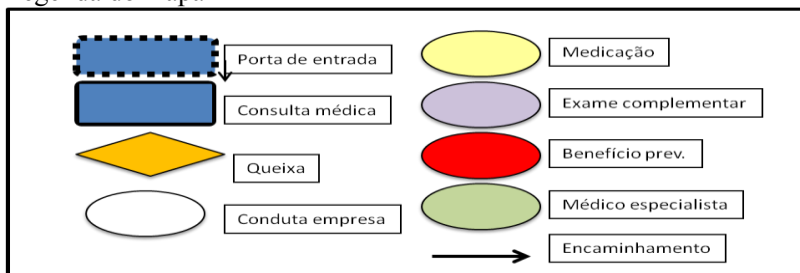
Esse papel que os profissionais de saúde, especialmente os médicos assumem na atenção à saúde do trabalhador formal também ocasiona desafios e dificuldades à prática desses que muitas vezes se sentem impotentes frente às demandas e responsabilidades que tem que assumir em meio às disputas que se travam no campo da saúde do trabalhador. Nesse sentido, menciona um médico do CRESME: *“Hoje eu estou desiludido com a minha profissão, se eu pudesse, eu largaria a medicina, as vezes o que eu faço aqui parece um faz de conta”.*

A centralidade dos exames complementares para a aceitação da doença e a demora para a sua realização nos serviços públicos levam o trabalhador a estender seu percurso pela rede de saúde e acentuam a medicamentação da dor, como se pode observar no percurso da trabalhadora 5.

Figura 3: Mapa de percurso da trabalhadora 5 (elaborado pela autora)



Legenda do mapa



No percurso disposto acima se observa que a trabalhadora usuária que está afastada do trabalho com diagnóstico de LER/DORT há três anos, se inseriu na rede com queixas de dores osteomusculares em 1998, ou seja, dez anos antes do seu afastamento do trabalho. Durante este percurso ela vai fazendo uso de medicação para a dor dispensada pelos médicos da atenção básica e por meio da automedicação.

Em 2007 a trabalhadora foi encaminhada para o médico ortopedista, o qual solicitou um exame complementar (não legível no prontuário). O período entre a primeira consulta com o médico ortopedista, a realização do exame e o retorno com o seu resultado, foi de três anos. Durante este período, a trabalhadora seguiu fazendo consultas médicas no CIS e utilizando medicamentos para a dor. Devido às dificuldades para realizar a atividade laboral a trabalhadora também fez uma inserção paralela no SESMT da indústria a que estava vinculada, o qual por meio do médico do trabalho a encaminhou ao médico ortopedista do convênio. Esse último realizou outros exames complementares e a encaminhou para o afastamento do trabalho antes que o atendimento com o ortopedista do CRESME com o resultado do exame fosse realizado. Nesse sentido, observa-se que a demora no atendimento na rede pública também influencia o fluxo do trabalhador pelos serviços de saúde. Assim, os trabalhadores com frequência transitam entre os serviços públicos e privados, muitas vezes repetindo procedimentos como consultas e exames complementares, na busca de auxílio para lidar com a dificuldade em saúde.

Em outras situações como no caso da trabalhadora 11, ante a primeira queixa de dor osteomuscular na rede é solicitado pelo médico a realização de Tomografia Computadorizada, exame de alto custo, a qual três anos depois da solicitação ainda não havia sido realizada. A dificuldade para conseguir estes exames complementares também ocorre na rede privada de saúde, como evidencia a fala da trabalhadora 2: “Faz

dez anos que eu comecei a tratar o meu problema, mas que eu comecei a ir atrás mesmo fazem seis anos, que daí eu comecei a fazer exames e mostrou o problema”.

O usuário 15 também relata a dificuldade em conseguir autorização para realizar os exames complementares junto aos SESMTs das empresas. *“Eu comecei a correr atrás dos meus problemas quando eu vi que não dava mais. Daí eu fui fazer exame e deu isso [referindo-se ao problema no quadril], daí fiz exame de novo e deu problema na coluna. [...] Eu demorei um pouco por medo de perder o emprego, mas também porque é muito difícil você pedir exames lá, tem que insistir, tem que correr atrás, daí eu fui levando”.* Nesse sentido, a centralidade do exame complementar para o reconhecimento do agravo faz com que as indústrias muitas vezes dificultem a sua realização como uma prática de controle para retardar o afastamento do trabalho, bem como evitar a produção de provas da doença ocupacional, o que pode ser utilizado em ações trabalhistas.

Muitas vezes os trabalhadores, quando conseguem realizar os exames complementares, mencionam que estes não identificam o problema por não serem os exames adequados. Nesse sentido menciona o trabalhador 15: *“O primeiro exame que eles me deram foi o Raio-X, eles me davam Raio-X e Raio-X, daí eu disse não, não pode estar certo, eu fui lá e disse ‘eu quero um exame bom, que apareça o meu problema’, daí eu tive que insistir muito para ganhar uma ressonância, porque o médico não autorizava, daí eu voltei no ortopedista do convênio e ele riu e disse, essa empresa não tem jeito, daí ele fez um laudo de uma folha explicando porque eu precisava do exame, daí que eles me deram e eu consegui comprovar o meu problema”.*

Repetir exames complementares em que as alterações anatomofisiológicas não se comprovam, deslegitimando a queixa do trabalhador e fazendo com que estes realizem longos percursos pelos serviços de saúde, foi algo que emergiu nas falas de outros sujeitos entrevistados. Nesse sentido, se observa que muitas vezes a atenção à saúde dos trabalhadores condicionada ao controle das indústrias fica restrita a procedimentos técnicos, em que aquilo que seria um meio, como diz Galimberti (2002), se torna um fim em si mesmo. Neste caso, o domínio da técnica⁵⁷ é uma expressão do “poder sobre a vida” exercido pelas indústrias por meio do poder medical.

⁵⁷ Galimberti (2003) define técnica como a objetivação da inteligência humana sendo colocada como superior à capacidade do homem singular ou coletivo.

Os exames complementares na atenção à saúde destes trabalhadores implica, assim, interesses e disputas que se travam no campo da saúde do trabalhador, envolvendo os funcionários, as indústrias os profissionais de saúde e em determinado momento também o poder judiciário. As relações de poder que permeiam o uso destes procedimentos produzem efeitos negativos na atenção à saúde no sentido de que esta perde a “dimensão cuidadora”, de que fala Merhy (1999), e se torna um campo de disputas judiciais. A necessidade de visibilizar o problema de saúde por meio dos exames complementares muitas vezes conduzem os trabalhadores a longos caminhos pela rede de saúde, em que se repetem procedimentos até que estes evidenciem o agravo. Nesse ínterim o trabalhadores seguem utilizando fármacos, o que gera a cronificação da doença ocupacional, já que eles permanecem expostos aos riscos laborais. No entanto, em determinado momento, tais procedimentos também podem possibilitar formas de resistência, de contestações dos trabalhadores sujeitos à medicalização da saúde, no sentido da recusa ao trabalho.

4.1.3 Outras práticas de cuidado relacionadas à dor

Outras práticas de cuidado adotadas por meio dos serviços de saúde ante às queixas de dores osteomusculares são a troca de função e a realização de fisioterapia. A *mudança de função* para setores em que os riscos laborais associados as LER/DORT não estejam presentes é uma orientação comum no manejo destas doenças, como pode ser observado em Assunção e Vilela (2009), ou na minuta de norma regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego (2011a) acerca do trabalho na indústria de abate de e processamento de carnes.

A indicação de mudança de função como uma ação terapêutica que exige interferência no contexto de trabalho enfrenta maior resistência por parte das indústrias para ser realizada. Nesse sentido, esta ação que deveria ser uma das primeiras ante a manifestação da dificuldade em saúde associada ao trabalho, acaba ocorrendo geralmente quando o problema de saúde está crônico.

A questão apontada foi observada nos nove casos de trabalhadores entrevistados que mudaram de função por orientação de profissional de saúde, devido às doenças ocupacionais, o que é ilustrado pela fala da trabalhadora 1. *“E no frio eu também não posso trabalhar mais. O médico disse pra mim que o frio já é uma doença, que o sangue não circula, ele disse que se eu fosse trabalhar sempre no frio eu perco todo o movimento do braço. Daí agora eu estou em um setor quente, de*

tanto eu ir consultar e consultar que ele me tirou dali, só que agora está me dando problema aqui [referindo-se ao ombro]”.

No entanto, os trabalhadores descrevem diversas situações em que o profissional de saúde indica a troca de função, porém esta não é atendida pelos supervisores da linha. Isso é ilustrado pela fala da trabalhadora 10 que diz: *“Eu fui no ortopedista do convênio e ele fez uma carta dizendo para me trocar de setor, olha aqui (mostra parecer do médico à pesquisadora, o qual menciona que a trabalhadora tem um quadro de lombalgia e deve ser realocada em outro setor). (Entrevistadora): E eles trocaram você de função? Trocaram nada, eu levei o papel para o encarregado e ele me mandou trazer para casa e não fez nada, ficou me enrolando, depois trocou o supervisor e eu estou lá até hoje”.*

Observa-se assim, que mesmo os profissionais de saúde dos SESMTs têm pouca autonomia para influenciar na organização do trabalho, como expressa a fala da entrevistada 4: *“O médico do trabalho falou pra me tirar de onde eu estava trabalhando e daí o líder até disse que era pra eu ver o que eu poderia fazer ali dentro, mas daí no serviço que eu vi que eu podia ficar eles não me colocaram, colocaram outra pessoa. O líder até me pediu desculpas depois, ele veio me explicar que não é ele que manda, ele obedece ordens do supervisor”.* Assim, observam-se fragmentações e descompasso dentro destas indústrias entre a atuação dos SESMT e o setor de produção perante algumas condutas terapêuticas recomendadas pelos profissionais de saúde aos trabalhadores. Porém, em muitas outras situações, a atuação do SESMT se mostra voltada a atender as demandas do setor de produção, refletindo o predomínio da perspectiva da saúde ocupacional nestes espaços na direção do que apontam Mendes e Dias (1991).

Outra dificuldade que perpassa esta prática de cuidado é que alguns fatores de risco no contexto agroindustrial, dos quais são exemplo as longas jornadas de trabalho, e a repetitividade, que são comuns a praticamente todas as atividades na linha. Assim, observou-se que com frequência as mudanças de função conseguem eliminar o contato com apenas alguns fatores de risco específicos, como o frio, citado pela entrevistada anterior. No entanto, ela relata que diante da mudança de função a dor osteomuscular começa a se manifestar no ombro, já que sua função atual era carimbar embalagem, o que exigia movimentos repetitivos do braço.

Na mesma direção do que é apontado, relata a trabalhadora 7: *“ eu tinha pego aqueles dois meses de afastamento e quando eu voltei a trabalhar e a médica disse que era pra eu ficar trinta dias afastada da*

mesa, daí me colocaram tirar bandejinha, que era leve, mas era pauliado, entende, então foi pior do que na mesa. Tem uma guria lá que trabalha comigo e tem o mesmo problema no braço, o médico também pediu pra eles afastarem ela da mesa, daí colocaram ela lá atrás com nós na faca limpar pele, a coitada não podia nem mexer com o braço, está com a mão alta de inchada, mas colocaram ela lá”.

Os trabalhadores também relatam que há algumas mesas de trabalho cujos trabalhadores estão doentes, das quais não se exige metas de produção; no entanto, quando os trabalhadores ocupam estes postos de trabalho o problema de saúde já está crônico como menciona a entrevistada 7: *“Daí agora eles me colocaram em um lugar mais leve, ali a gente não tem meta pra fazer, você faz como pode, mas eu disse, agora depois que estamos todos quebrados, porque colocaram as quebradas ali. Até que eu puder eu vou aguentar, eu estou só com a fisioterapia e medicamentos, mas mesmo assim têm dias que é difícil, parece que tem um bicho ali dentro que come o braço”.*

A trabalhadora 2 também relata as tentativas de mudança de função que a empresa realizou por meio do SESMT a fim de postergar seu afastamento do trabalho, o qual se acenava como inevitável: *“Daí quando eu consultava com ele [referindo-se ao médico] que ele via que estava feia a coisa, pra ele não me dar atestado, ele me colocava pra testar em outros setores mais leves pra ver se eu aguentava mais, e assim melhorava por um tempo. Eles me levaram pro refeitório, para a salga, para a limpeza. Até que eu pude, eu fui indo. Mas por último não dava mais, qualquer coisa me travava o braço e a perna e eu ficava dura”.*

Em um caso relatado, a troca de função ocorreu por iniciativa do supervisor de linha, que reconheceu a dificuldade em saúde do trabalhador, sem a necessidade de orientação de profissional de saúde. Nesse sentido, a trabalhadora 5 fala: *“Foi o encarregado que viu a faixa no meu braço, porque eu estava arrumando e ele passou e viu, daí ele me disse, ‘por que você está escondendo isso?’, aí eu falei que precisava do emprego. Ele então passou para o supervisor, na época a gente tinha um supervisor bem legal, então ao invés de me mandarem embora eles me trocaram de setor, ele me tirou da mesa [referindo-se à mesa de desossa] e me colocou inspecionar”.*

Quanto aos profissionais da rede pública de saúde que reconhecem as difíceis condições de trabalho no setor, bem como as restrições em relação às atividades que não ofereçam riscos laborais nestas indústrias, em vez da troca de função que dificilmente é realizada, eles com frequência sugerem aos trabalhadores a troca de emprego.

Nesse sentido, fala um médico do CIS: *“A gente fala da importância de não se usar somente a medicação pra tratar [...], tem que modificar o que está causando o problema e junto com ele ver alguma maneira de mudar isso, então a gente até sugere para a pessoa mudar de emprego, mas não são todas que têm essa opção”* (médico 2). Nesse sentido, observam-se os limites da saúde pública para promover uma atenção integral à saúde do trabalhador formal, tendo em vista a fragmentação da rede de saúde, apontada por Mendes (2011), que impede a intervenção nos processos de trabalho na fábrica, fazendo com que a atenção à saúde se limite ao trabalhador.

A realização de fisioterapia é outra conduta terapêutica comumente empregada nos diferentes estágios do percurso do trabalhador usuário pela rede de saúde, desde sua inserção na rede com as queixas de dor, até o afastamento do trabalho por meio da Previdência Social. Nesse sentido, se observa que a prescrição de fisioterapia é uma das primeiras ações dos SESMTs ante a queixa de dor dos trabalhadores, como podemos observar na fala da trabalhadora 6, que trabalhava há seis meses no setor: “Eu estava com dor no corpo, daí eu fiz oito sessões de fisioterapia e foi bom. [...] Fiz logo que eu entrei que tem o acompanhamento funcional com a psicóloga e eu falei pra ela que me doía e ela me colocou na fisioterapia, fiz lá mesmo na empresa”.

Observa-se que a fisioterapia é uma ação terapêutica tão comum ante às queixas destes trabalhadores que algumas indústrias do setor dispõem deste serviço na própria fábrica. Nesse sentido, também fala a agente de saúde que foi técnica de enfermagem em uma destas empresas: *“O problema era tão grave que a própria empresa resolveu contratar uma fisioterapeuta e montar uma sala de fisioterapia para atender os funcionários, então a gente vê como a demanda era bem grande mesmo, e a fisioterapia alivia muito a dor”.*

Essa melhora momentânea da dor pode ser observada também no registro do prontuário da trabalhadora 1, no primeiro ano de percurso, em que o profissional de saúde aponta: *“lombalgia, citalgia apresentam melhora sensível com fisioterapia e ibuprofeno”⁵⁸. Conduta mantida*”. No entanto, uma agente de saúde aponta as limitações que os trabalhadores veem nesta conduta terapêutica: *“Eu entrego muito encaminhamento de fisioterapia pra esse pessoal de frigorífico. Mas todo mundo reclama que enquanto está fazendo fisioterapia ajuda, ali no momento, acabou de fazer, volta tudo a mesma coisa”.*

⁵⁸ Anti-inflamatório não esteroide, analgésico e antipirético.

O alívio momentâneo junto com o uso de medicação analgésica e anti-inflamatória às vezes serve para ludibriar o trabalhador em relação à sua condição de saúde, como menciona a entrevistada 2: *“Eu estava sempre com dor, ia lá, ele [referindo-se ao médico do trabalho] me dava aqueles remédios pra dor muscular e fisioterapia, fisioterapia era direto que eles mandavam fazer, daí eu comecei a pensar, deve ter alguma coisa errada e ele dizia que não era nada que era só inflamação, que era só dor muscular”*. Nesse sentido, Augusto, Sampaio, Mancini e Parreira (2008) trazem que diante das LER/DORT o tratamento fisioterapêutico comumente é voltado para o alívio dos sintomas e não à disfunção do movimento ou os fatores causais, na mesma direção das demais práticas assistenciais.

Tanto na atenção básica quanto no CRESME a indicação de fisioterapia pelos profissionais médicos aos trabalhadores com queixas de dores osteomusculares também é trazida como uma prática frequente, o que é confirmado pelos registros dos prontuários dos trabalhadores usuários. No entanto, este encaminhamento a partir da rede SUS enfrenta como uma das principais dificuldades a demora no atendimento, o que é mencionado pelos diferentes profissionais de saúde: *“Geralmente a gente indica para este paciente fazer fisioterapia; no entanto isso é outro problema, porque para eles conseguirem é uma fila de espera que às vezes a pessoa já está afastada do trabalho quando consegue a autorização. Em outras situações ela termina o tempo de atestado e não conseguiu fazer a fisioterapia”* (Médico 2).

Isso também é trazido por outro médico do CIS como uma dificuldade no atendimento a estes usuários: *“O encaminhamento para fisioterapia e para médico ortopedista também é bastante complicado, porque a fila de espera é imensa, então demora muito para o paciente chegar neste serviço”*. Esta demora é mencionada ainda pelos trabalhadores usuários atendidos no CIS: *“Na época a doutora me encaminhou para fazer fisioterapia, mas eu cansei de esperar, foi mais de ano, quando veio a autorização eu já estava fazendo pela empresa”* (Trabalhadora 8). Na direção que apontam os entrevistados, a demora na realização destes procedimentos na rede pública, assim como no caso dos exames complementares, define os fluxos dos trabalhadores pela rede de saúde, fazendo com que estes utilizem os serviços de saúde privados enquanto mantêm vínculo empregatício com as indústrias.

Outra dificuldade apontada em relação à indicação da fisioterapia na rede SUS é a necessidade desta ser feita pelo profissional médico, como aponta uma enfermeira do CIS: *“O médico é que tem que dizer quantas sessões a pessoa precisa, às vezes ele não tem a mínima*

noção. Ele não é fisioterapeuta e ele precisa dizer que ela precisa de dez sessões e daí vai lá o fisioterapeuta e diz que ela precisa de trinta, então volta pro médico transcrever a indicação do fisioterapeuta, mas daí a secretaria de saúde só autoriza de dez em dez sessões, então eles tentam remanejar para aquele usuário que precisa mais, mas acaba que todo mundo tem que esperar mais um pouco”.

Com a cronificação do problema de saúde, alguns usuários relatam que a fisioterapia já não traz mais o mesmo benefício e que inclusive provoca desconforto físico. Nesse sentido a trabalhadora 8 menciona: *“Eu fiz tanta fisioterapia, olha só [mostra atestados com indicação médica para fisioterapia para aproximadamente cento e setenta sessões]. Quando eu saía pra fazer a fisioterapia eu ficava doente, me doía mais ainda o braço, depois da fisioterapia eu chegava em casa eu pegava uma coberta e me enrolava aqui e eu não me mexia mais o resto do dia, na quinta tinha que ir de novo, me dava um desespero só de pensar, e eu tinha que fazer, não dava para parar porque eu tinha que levar todos os comprovantes para eles [referindo-se ao SESMT], eles mandavam tinha que fazer”.* Assim, se observa a falta de participação dos trabalhadores na definição do tratamento realizado no contexto da saúde ocupacional que impera nestas indústrias, em que como afirmam Mendes e Dias (1991), o trabalhador segue sendo objeto das ações de saúde.

Outra prática comum na assistência realizada aos trabalhadores do setor é o afastamento do trabalho, a qual constitui um campo importante de disputas e resistências que se travam na atenção à saúde destes trabalhadores, foco das discussões que serão realizadas a seguir.

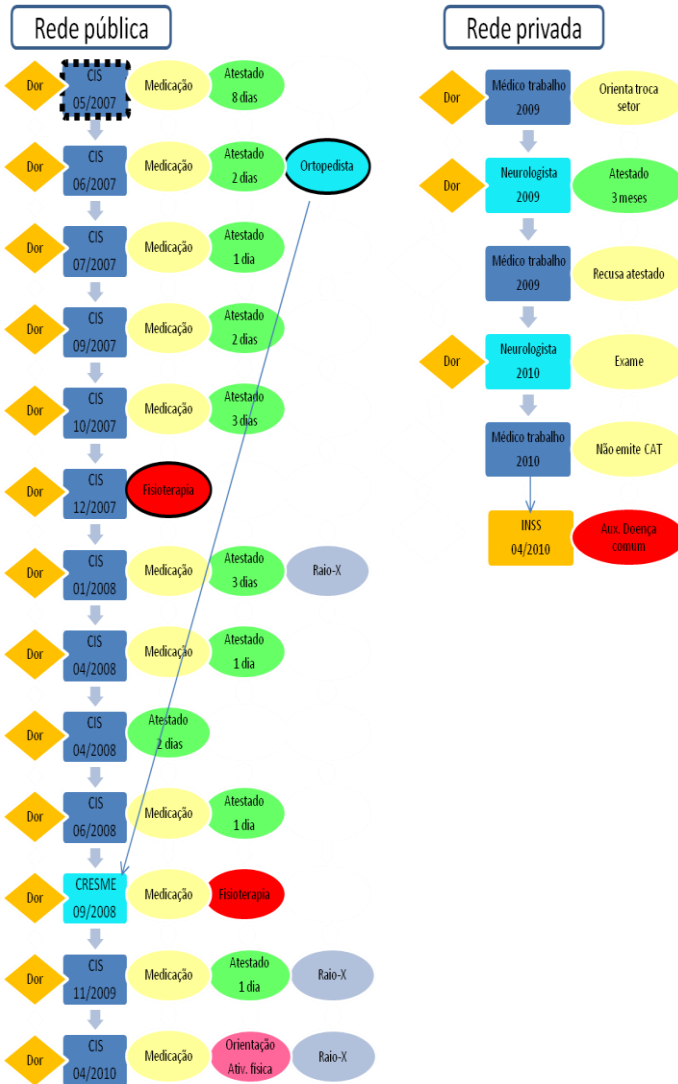
4.2 Os afastamentos do trabalho

De acordo com documento sobre as doenças relacionadas ao trabalho (Brasil/OPAS, 2001), os afastamentos do trabalho fazem parte dos procedimentos terapêuticos realizados no atendimento aos trabalhadores, que devido às condições de saúde necessitam de repouso, acesso a terapias, interrupção da exposição aos fatores de risco presentes nas condições e/ou nos ambientes de trabalho. O afastamento do trabalho é realizado por meio da emissão de atestados médicos, a qual é regulamentada pela Lei n. 605 de 1949, em que se define o atestado como forma de comprovação de incapacidade laboral temporária devido à enfermidade, na justificativa da ausência ao emprego.

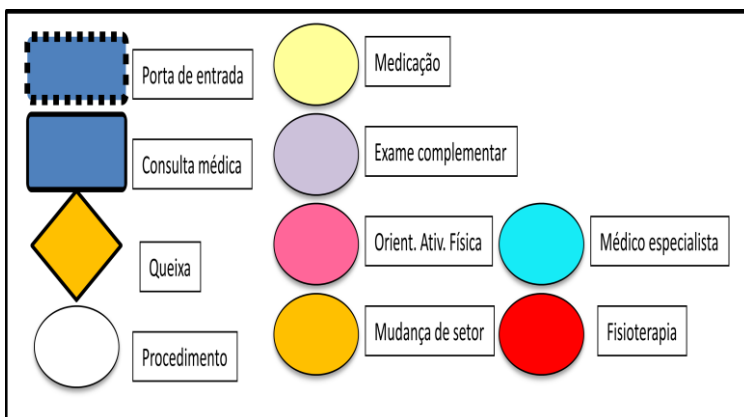
Nas ações que envolvem a assistência à saúde dos trabalhadores do setor agroindustrial, a emissão de atestados médicos para o

afastamento das atividades laborais são uma prática comum no atendimento a esses trabalhadores. Para ilustrar, segue o mapa de percurso da trabalhadora 4:

Figura 4: Mapa de percurso da trabalhadora 4 (elaborado pela autora)



Legenda do mapa



A trabalhadora cujo mapa de percurso está disposto anteriormente atuava há cinco anos em uma agroindústria da região, e sua inserção na rede de saúde com queixas de dores osteomusculares ocorreu dois anos depois de iniciar as atividades no setor. No seu trajeto pela rede de saúde desde então, pode-se observar que a maior parte dos atendimentos realizados implicaram, entre outras estratégias terapêuticas já discutidas como a prescrição de medicamentos e de fisioterapia, na emissão de atestados para afastamentos do trabalho.

Em relação ao percurso da trabalhadora pela rede pública de saúde, observa-se que dos doze atendimentos realizados no Centro Integrado de Saúde no período de 2007 a 2010, em dez deles foram emitidos atestados para afastamento do trabalho, os quais variaram de um período de um a oito dias. Vale destacar ainda que no último atendimento realizado neste serviço, datado de 04/2010, no qual não foi emitido atestado, a trabalhadora já estava em auxílio doença pelo INSS. Em relação ao percurso dos demais trabalhadores entrevistados, se observa que eles frequentemente, assim como a trabalhadora 4, recebem diversos atestados para afastamentos curtos do trabalho até ingressarem na Previdência Social para receberem auxílio doença, o que implica em um afastamento mais longo.

De acordo com o Decreto de Lei n. 3.048 de 1999, o auxílio doença é um benefício concedido aos trabalhadores segurados da Previdência Social, quando acometidos de incapacidade laboral em

decorrência de doença, seja comum ou acidentária. A lei anteriormente citada define que tem direito ao auxílio doença o trabalhador que estiver afastado do trabalho por um período superior a quinze dias consecutivos.

Em relação aos trabalhadores usuários participantes deste estudo observa-se no quadro (3 p. 76) que quatorze deles estavam afastados do trabalho recebendo auxílio-doença no ano de 2011. Em relação aos três entrevistados que estavam trabalhando, um deles mencionou que já havia recebido auxílio doença anteriormente. Cabe apontar ainda que quatro dos trabalhadores que estavam afastados do trabalho no momento da pesquisa recebiam o auxílio doença pela segunda vez, considerando-se apenas o período em que eles mantiveram vínculo de trabalho com as agroindústrias.

Os afastamentos do trabalho, curtos ou longos, são relatados por todos os trabalhadores entrevistados como presentes na rotina das fábricas. Nesse sentido, menciona a trabalhadora 7: *“Das mais velhas que entraram comigo não sobrou quase ninguém, uma se aposentou faz pouco tempo por problemas de saúde, tem outra que está afastada há vários dias e tem uma que está aguentando o repuxo, que nunca pegou atestado, mas ela coitada aguenta porque é sozinha e tem uma filha.”*. Ou ainda como relata a trabalhadora 2: *“A minha sobrinha faz cinco anos que trabalha lá, mas trabalhar mesmo, só três anos, porque já faz dois anos que ela está afastada. Problema de frigorífico, o mesmo que eu, não é fácil”*.

A alta concessão de auxílios previdenciários aos trabalhadores da indústria de abate e processamento de carnes por doenças relacionadas ao trabalho é reiterada também por diferentes profissionais de saúde ao longo da pesquisa, indicando o risco de adoecimento das atividades laborais desenvolvidas neste setor. Nesse sentido, menciona uma agente de saúde que também trabalhou no SESMT de uma agroindústria: *“Tem muita gente da agroindústria que vem aqui no Centro de Saúde e que está afastada do trabalho por problemas de saúde, [...] e na época que eu trabalhei em uma dessas indústrias tinha bastante gente afastada. Tinham pessoas que já estavam afastadas há dois anos, isso que a empresa era uma agroindústria nova na época, ela tinha sido aberta há pouco tempo”*. A informação trazida pela agente de saúde foi corroborada por outros entrevistados, como o profissional de saúde do INSS, que menciona: *“Atualmente a maior demanda desta agência são os trabalhadores da linha de produção das agroindústrias, seguidos dos trabalhadores da construção civil, é o nosso maior problema, são os trabalhadores que mais adoecem”*.

A pesquisa de Santos (2011) também acena para o alto número de trabalhadores em auxílio doença no setor, ao mencionar que na empresa Sadia de Chapecó, no ano de 2008, os dados levantados em ação civil pública indicavam que 17,1% dos trabalhadores estavam afastados do trabalho devido a agravos em saúde, o que representa 1.292 trabalhadores em uma única fábrica. O trabalho de Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009) referente aos dados do INSS, também acena para um aumento no número de auxílios-doença concedidos a estes trabalhadores na região de Chapecó nos últimos anos, especialmente por distúrbios osteomusculares e transtornos mentais.

Tendo em vista o grande número de afastamentos de trabalhadores e os impactos econômicos que eles trazem às indústrias do setor, essas condutas terapêuticas se evidenciaram como o principal alvo de controle das agroindústrias, em relação à atenção à saúde dos trabalhadores na rede de saúde. Isso ocorre tanto no que diz respeito às ações de saúde realizada dentro das fábricas como nos demais serviços que atendem os funcionários do setor. Nesse contexto, os PCMSO das empresas são um importante dispositivo de gestão para operar esse controle.

4.2.1 O controle das indústrias em relação aos afastamentos do trabalho

Uma das formas das indústrias controlarem os afastamentos dos trabalhadores do setor é por meio da *restrição na emissão de atestados médicos* nos atendimentos realizados por meio dos SESMT. Esta questão é mencionado pelos 17 trabalhadores entrevistados, como ilustra a fala da trabalhadora 2, quando ela diz: *“Eu fiquei dez anos tratando do meu problema lá na empresa [...], dificilmente eu ganhava atestado, que eu me lembre eu peguei uma vez um atestado de cinco dias, outra vez um de oito dias, mas isso porque o médico se obrigou a me dar porque eu não podia mais caminhar, nem mexer o braço, então ele me afastou só até normalizar um pouco, amolecer o braço como eles dizem, porque lá eles não gostam de dar atestado”*.

A fala da trabalhadora indica que dentro da fábrica a emissão de atestados médicos para afastamento do trabalho ocorre como última alternativa, ou seja, quando o estado de saúde do trabalhador impossibilita a realização das atividades laborais e já foram esgotados outros recursos terapêuticos, como a prescrição medicamentosa e a fisioterapia. A trabalhadora 11 sinaliza outras formas para não se emitir os atestados médicos nestes contextos organizacionais: *“Eles evitam dar*

atestado lá dentro. Acontecia muito de o pessoal ir lá ao médico mal e ele pedir quando eram as férias, para não dar nenhum dia de atestado, isso acontecia direto, inclusive comigo, daí se as férias estivessem perto ele fazia o pessoal aguentar”.

As restrições nos afastamentos do trabalho são facilitadas pelos tipos de agravo em saúde que mais afetam os trabalhadores do setor. Nesse sentido, diferente dos acidentes de trabalho típicos, as doenças ocupacionais como as LER/DORT e as doenças mentais não apresentam sinais⁵⁹ observáveis, no caso das primeiras, especialmente em seus estágios iniciais. De acordo com Foucault (2006), a partir da introdução da anatomia patológica na medicina, os sinais assumem um lugar central no diagnóstico e nas terapêuticas das doenças. Assim, essa “invisibilidade” dos sinais e conseqüentemente da dificuldade em saúde facilita sua negação e mascaramento no âmbito destes serviços, para o que também contribui a medicamentação que ocorre na atenção à saúde a estes trabalhadores.

Ao encontro da fala dos trabalhadores em relação à restrição na emissão dos atestados, uma agente de saúde do CIS menciona a diferença na conduta de um médico que atua de forma concomitante na atenção básica e também no SESMT de uma agroindústria: *“Nós temos um médico que trabalha aqui de dia e em uma agroindústria de noite, então têm muitos pacientes do posto que conhecem ele, que consultam com ele lá e aqui também, eles dizem que lá ele é mais era durão, que lá podia estar mal como fosse que ele mandava voltar a trabalhar, mas claro, porque lá ele é instruído para isso”.*

A demissão dos médicos do trabalho que não realizam a assistência ao trabalhador partir dos interesses da empresa foi mencionada por quatro sujeitos entrevistados. Isso é ilustrado pela fala do trabalhador 16, quando diz: *“Eles (referindo-se aos médicos do trabalho), estão lá para defender a empresa, não o trabalhador, e se eles não fazem isso são demitidos, eu lembro de uma médica na empresa que era boa, ela tratava o pessoal diferente, era menos rígida, mas também durou pouco, logo mandaram embora”.* Na direção do que é apontado, destaca-se a falta de autonomia destes profissionais de saúde no contexto fabril, em que a assistência prestada é claramente atravessada por conflitos de interesses que repercutem na atenção à saúde do trabalhador. Nesse sentido, as falas dos trabalhadores sugerem

⁵⁹ De acordo com Ferreira (1995), os sinais se referem à manifestação visível, objetiva da doença, que diz respeito ao domínio do médico, já que depende de sua observação e do exame físico.

que os profissionais que permanecem nestes espaços são que os se sujeitam ao controle do setor na sua prática profissional.

A partir das questões acenadas, observa-se que o controle das indústrias não se dá apenas em relação aos trabalhadores, mas também em relação à atuação dos profissionais de saúde vinculados ao setor. Nesse sentido, para se manterem neste local eles precisam atuar a partir dos parâmetros da saúde ocupacional, que serve como dispositivo biopolítico de governo da força de trabalho. Assim, o relato dos entrevistados sugere que a assistência realizada aos trabalhadores dentro da fábrica está mais comprometida com evitar ou reduzir o tempo de afastamento do trabalhador, com vistas a atender as demandas de produção, do que com a saúde dos trabalhadores, na mesma direção do que acenam Dwyer (2006) e Mendes e Dias (1991). Como efeito desta atuação dos profissionais de saúde, perde-se como diz Merhy (1998), a dimensão cuidadora na atenção à saúde do trabalhador, a qual fica reduzida a procedimentos técnico-instrumentais.

A fim de assegurar o controle em relação à emissão de atestados, *as empresas se articulam a profissionais e serviços de saúde externos à fábrica*. Exemplo disso é a restrição de acesso aos médicos ortopedistas conveniados dos planos de saúde das empresas, a qual é mencionada por doze trabalhadores entrevistados. Vale destacar que esta especialidade médica ganha relevância em relação às demais, devido à alta prevalência das LER/DORT no setor.

O controle acima referido se dá porque por meio dos SESMTs das indústrias que precisam autorizar as consultas dos funcionários com os médicos ortopedistas da rede privada. Nesse sentido, as empresas elegem alguns profissionais, entre aqueles conveniados dos planos de saúde, que podem realizar o atendimento aos trabalhadores do setor. Isso é ilustrado pelo trabalhador 12, quando ele diz: *“Eles não querem que você vá ao especialista por conta, querem encaminhar para o médico que eles querem, eles têm uma lista lá de dois, três ortopedistas e você só pode consultar com aqueles”*.

Fala semelhante faz o trabalhador 16, como pode ser observado a seguir: *“aí eu consegui que ela (referindo-se à médica do trabalho) me encaminhasse pra um ortopedista, mas os ortopedistas são eles que escolhem, a gente não tem o direito de escolher, eu tinha levado o nome do ortopedista que eu queria, que tinham me indicado que era bom, mas a médica da empresa não aceitou, ela disse que tinha que ser aquele que ela ia me indicar”*. A informação trazida pelos trabalhadores é corroborada pelo disposto no Termo de Ajuste de Conduta aplicado a uma das empresas do setor agroindustrial do município em que a

pesquisa foi realizada. Entre as medidas de regularização que o referido documento aponta, consta: “Garantir aos empregados liberdade de escolha e acesso do médico de sua preferência, desde que conveniado” (Ministério Público do Trabalho, 2011, p. 5).

A atuação dos médicos ortopedistas indicados pelas empresas, de acordo com as descrições de quatro trabalhadores entrevistados que acessaram estes profissionais, com frequência é muito semelhante àquela realizada pelos médicos do trabalho das indústrias. Nesse sentido, a assistência prestada está centrada na prescrição de medicamentos e se restringe à emissão de atestados para afastamento do trabalho, como ilustra a fala do trabalhador 12: *“Daí eles me encaminharam para o ortopedista, ele pediu exame e o meu problema apareceu, mas daí ele só queria me dar remédio, não queria me dar atestado, ele disse que não era dono da verdade, que ele podia me dar atestado e a empresa nem aceitar, mas eu pensei comigo, se ele estudou para isso, como é que não vão aceitar”*.

Situação semelhante ao que foi relatado é trazida pelo trabalhador 16, quando diz: *“Eu estava sofrendo de dores há quatro anos, até que eles resolveram me encaminhar para o ortopedista, então o médico fez um ultrassom do braço e o problema apareceu, mas daí o ortopedista me falou assim ‘eu não posso fazer nada, você tem um problema, mas isso nunca vai te incomodar, olhe bem, a empresa precisa de você’*. Daí eu disse que eu não aguentava mais a dor, e ele falou *‘eu vou te dar um remedinho, a doutora da empresa vai te dar outro, eu vou te dar 10 dias de atestado só para você não ir para o INSS’*”.

Vale destacar que, por meio dos serviços públicos como o Centro Integrado de Saúde, o encaminhamento destes trabalhadores para médicos ortopedistas ante a queixa de dores osteomusculares, apesar de comum, implica uma grande demora. Isso pode ser observado no mapa de percurso da trabalhadora 4, em que já no segundo atendimento realizado no Centro de Saúde, o profissional médico realiza um encaminhamento ao ortopedista da rede pública de saúde que atua no Centro de Referência em Especialidades Médicas do município. No entanto, o atendimento por este médico especialista é realizado somente um ano e três meses após o referido encaminhamento.

A demora em realizar o atendimento dos trabalhadores pelos médicos especialistas do SUS é mencionada por todos os profissionais de saúde do CIS entrevistados nesta pesquisa, como ilustra a fala de uma Enfermeira do serviço: *“Em relação aos encaminhamentos, tem uma fila enorme de espera, todas aquelas fichas em que está escrito urgente.*

Aí na secretaria eles nem olham mais, e demora muito, em média um ano para ser realizado o atendimento. Enquanto isso o pessoal vai tratando aqui ou procura outros meios". Nesse sentido, se observa que a demora favorece que os trabalhadores procurem os convênios particulares de saúde, em que o atendimento está sujeito ao controle das empresas.

A questão anteriormente apontada também fica evidenciada nas falas dos profissionais do Centro de Referência em Especialidades Médicas: *"Como a maioria das agroindústrias têm plano de saúde, os trabalhadores acabam sendo atendidos pela rede privada, e geralmente só chegam aqui quando aposentados, quando já perderam o vínculo de trabalho com a empresa e estão tentando se afastar pelo INSS ou se aposentar"* (médico CRESME). Nesse sentido, o profissional destaca algo que também se evidenciou nas observações realizadas no CIS de que ante a perda do vínculo de trabalho o serviço público de saúde acaba assumindo a atenção à saúde destes trabalhadores lesionados. Essa questão também é destacada pelo profissional de saúde da gerência de atenção especializada: *"Esse usuário ele é nosso paciente enquanto ele está adoecendo, no adoecimento e no pós, na cronificação. Então ele nunca vai deixar de ser, [...], porque como o acesso do SUS é universal, ele vai estar aposentado por invalidez e continuar sendo nosso usuário"*.

Cabe destacar que quando o atendimento pelo médico especialista da rede pública acontece, como já apontado anteriormente, este implica em procedimentos muito semelhantes aos realizados pelos médicos das empresas e dos convênios particulares, os quais comumente se restringem a prescrição medicamentosa e indicação de fisioterapia como pode ser observado no mapa de percurso da trabalhadora 4. Essa forma de atuação indica a restrição de ofertas terapêuticas destes serviços e a fragmentação da atenção à saúde do trabalhador.

Durante a pesquisa emergiram depoimentos que demonstram outras formas de articulação das indústrias do setor com os serviços de saúde para controlar a emissão de atestados para afastamento do trabalho de seus funcionários. Nesse sentido, um profissional de saúde que atuava em serviço de emergência de cidade próxima ao local em que foi realizado o estudo, a qual sediava uma indústria do setor comenta: *"Ontem o pessoal estava falando que a empresa X andou ligando lá no hospital pedindo para não dar mais atestado para os funcionários deles porque eles estão recebendo muitos atestados emitidos neste serviço, disseram que eles falaram até com o prefeito. Realmente os médicos*

reclamam que de madrugada é só trabalhador da agroindústria pedindo atestado” (notas de diário de campo).

Um trabalhador do setor e uma agente de saúde relataram outra forma de exercer este controle em relação à emissão de atestados médicos. Estes entrevistados mencionaram que o diretor de um serviço de saúde particular conveniado ao plano de saúde de uma das agroindústrias da região também atuava como médico do trabalho da referida empresa. Nesse sentido, este profissional orientava os demais médicos que atuavam no serviço, os quais estavam hierarquicamente subordinados a ele, a restringir a emissão de atestados para afastamentos do trabalho no atendimento aos trabalhadores do setor. Sobre isso a profissional de saúde menciona: *“Você tem noção do que eles fizeram, eles ilharam o trabalhador de uma forma, que ele não tem para onde ir”* (agente de saúde 3). Os dois exemplos indicam como o poder econômico destas empresas favorece esta articulação com a rede de saúde e o controle em relação à assistência prestada nos serviços de saúde aos trabalhadores do setor.

Em relação à busca dos trabalhadores por distintos serviços de saúde e, ante a emissão de atestados para afastamentos do trabalho nestes, a empresa se utiliza de outro dispositivo de controle que é a *recusa ou diminuição do período de afastamento*. Isso é favorecido pela Lei n. 2.761 de 1956, a qual estabelece uma ordem de preferência que subordina os atestados emitidos a partir de outros serviços de saúde à avaliação do médico do trabalho vinculado à empresa, salvo o INSS e o Serviço Social do Comércio ou da Indústria.

Em relação à redução no período de afastamento, um dos critérios que se mostrou importante nesse processo é evitar ou retardar a entrada dos trabalhadores no auxílio doença. Nesse sentido, quinze trabalhadores entrevistados nesta pesquisa relataram situações em que receberam atestados médicos para afastamento do trabalho e estes foram reduzidos a fim de evitar o ingresso na Previdência Social. A pesquisa de Santos (2011) também registra essa dinâmica nos SESMT, quando menciona “o operário traz atestado médico de mais de quinze dias e somente são abonados pelo médico da empresa, dias menores que quinze, para eles não serem afastados pelo INSS” (Santos, 2011, p. 223).

A partir do momento que o trabalhador ingressa no INSS, a concessão do benefício previdenciário está atrelada ao reconhecimento da incapacidade laboral pela perícia médica deste serviço. Como apontado anteriormente, a avaliação do médico da Previdência Social não está subordinada ao médico do trabalho, sendo que a partir do

momento que o trabalhador ingressa neste serviço, cabe a este profissional definir o período do afastamento do trabalhador. Quando isso ocorre, a empresa perde o controle em relação ao afastamento do trabalhador, assim como em relação ao estabelecimento ou não do nexo entre trabalho e agravo em saúde, como será discutido posteriormente. Nesse sentido, o ingresso do trabalhador no INSS também gera maior visibilidade social em relação aos problemas de saúde que afetam os trabalhadores das agroindústrias.

Tendo em vista que a atenção básica é um dos principais serviços de saúde acessados pelos trabalhadores do setor, e que na assistência realizada nesse nível de atenção com frequência são emitidos atestados para afastamentos curtos do trabalho, as falas dos sujeitos entrevistados indicam que a principal restrição das agroindústrias é em relação aos atestados emitidos por esses serviços. A questão acenada é destacada pela agente de saúde que trabalhou como técnica de enfermagem em uma agroindústria: *“A maioria dos atestados que a gente recebia lá eram dos postos de saúde, daí teve uma época que o doutor não estava mais querendo aceitar esses atestados, então teve uma briga enorme, porque pelo plano de saúde eles tinham que pagar 50% das consultas, daí no fim ele teve que liberar, mas para aceitar ele era bem rigoroso”*.

A restrição das indústrias em relação aos atestados emitidos na atenção básica é ilustrada também pela fala de outra agente de saúde do CIS, quando esta diz: *“No frigorífico que trabalha o meu marido eles não aceitam atestado da unidade de saúde, a maior queixa do pessoal de lá é essa, porque pelo médico do convênio eles têm que pagar uma parte da consulta”* (notas diário de campo).

A gratuidade no atendimento realizado no CIS, como acenam as falas acima, é um dos aspectos que favorece a busca destes trabalhadores pela atenção básica, o que também emergiu na observação participante realizada e na fala de treze trabalhadores entrevistados. Nesse sentido, também o reconhecimento dos trabalhadores da não vinculação das ações dos profissionais que atuam nestes serviços com as indústrias, reafirmam a Atenção Básica como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde para estes usuários, como preconiza a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (Brasil, 2006a).

No entanto, a subordinação de ações de saúde realizadas na rede pública aos serviços de saúde das indústrias, como a aprovação ou não do afastamento do trabalho, representam limites importantes na atenção à saúde destes trabalhadores realizada na Atenção Básica. Nesse sentido

menciona um médico do CIS: *“A gente encaminha pro paciente ficar afastado, às vezes até a medicação fazer efeito pra pessoa se sentir melhor, poder retornar ao serviço, ela demora um tempo, porque a gente sabe que o músculo também precisa descansar e a gente às vezes dá, pra evitar que ele fique encostado, ou que tenha que ser aposentado por invalidez. Mas quando ele chega na indústria o médico especialista do trabalho, dá um dia, dá dois dias ou diz que ele não precisa de repouso”* (Médico CIS 2).

Os efeitos deste controle na atenção à saúde podem ser visibilizados em um caso acompanhado por meio da observação realizada junto a uma equipe de Estratégia da Família do Centro Integrado de Saúde. O referido caso foi trazido pelo médico da equipe, que mencionou ter atendido a uma trabalhadora do setor agroindustrial do município, que estava ansiosa e apresentava, na ocasião, alucinações. Nesse sentido, o profissional prescreveu uma medicação psicotrópica que tinha como efeito colateral inicial a sonolência, e quinze dias de atestado para afastamento do trabalho para que a trabalhadora se adaptasse ao fármaco.

Alguns dias depois, de acordo com o médico, a trabalhadora teria retornado ao CIS sem estar fazendo uso da medicação e com os sintomas agravados. Nesse sentido, a trabalhadora teria mencionado que o médico do trabalho só havia aceitado dois dias dos quinze prescritos pelo médico do Centro de Saúde, e que, como a medicação não lhe permitia acompanhar o ritmo da nória, ela havia abandonado seu uso. Assim, a trabalhadora retornou ao CIS em busca de assistência para a dificuldade em saúde.

A partir das situações relatadas, observa-se que apesar de atender parte significativa da demanda em saúde gerada pelas agroindústrias da região, os serviços de saúde da rede pública não têm autonomia para definir ações terapêuticas que de alguma forma interfiram nestes contextos laborais, como ocorre no caso da orientação de mudança de setor e no afastamento do trabalho. Nesse sentido, se observa que as ações dos serviços públicos no que concerne a estas condutas terapêuticas estão tuteladas pelos interesses das indústrias.

Os profissionais de saúde da atenção básica apontam que a justificativa das empresas para recusar os atestados médicos emitidos a partir do CIS, é que os afastamentos do trabalho devem ser feitos por médicos especialistas. Neste sentido, um médico do CIS ressalta o sentimento de impotência diante do controle do setor em relação à atenção à saúde dos trabalhadores: *“Eu também me sinto bastante frustrada, porque você quer ajudar a pessoa e sua ajuda é barrada,*

porque você não é especialista, então você não tem direito de tratar o paciente. É, porque quando a gente manda um atestado, ele fala 'mas não é nem de especialista', porque é só o especialista que pode designar que você está com um sofrimento e precisa de tratamento? É como se nós fossemos os secretários que encaminham para o verdadeiro médico” (Médico 2).

Ao encontro do que aponta o profissional, foi possível observar que para o médico do trabalho é mais difícil refutar os atestados emitidos por especialistas como ortopedistas, neurologistas e psiquiatras. Nesse sentido, ao analisar o percurso dos trabalhadores usuários se observa que todos os afastamentos do trabalhador que geraram concessão de auxílio doença foram realizados por médicos de alguma das especialidades citadas, nunca pelos médicos do trabalho ou da Atenção Básica. Cabe destacar ainda que estes percursos mostram que os trabalhadores que acessam o médico especialista com frequência têm o problema de saúde já crônico, o que pode auxiliar na aceitação do afastamento pelas indústrias.

A banalização das ações realizadas nos serviços de básica, representadas aqui pela recusa dos atestados, é legitimada pelas dificuldades que permeiam os sistemas fragmentados de atenção à saúde de acordo com a análise empreendida por Mendes (2011). O referido autor traz que a hierarquia dos crescentes níveis de complexidade propostos no SUS conduz a uma noção equivocada de complexidade, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Assim, tem-se uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, como o atendimento das especialidades médicas.

Nos modos de cuidar centrados nos “especialismos”, utilizando a expressão de Pasche e Passos (2008), a assistência ocorre frequentemente de forma individual e isolada dos demais serviços da rede. Assim, a atenção à saúde produzida nesta perspectiva se contrapõe a noção de integralidade proposta pelas diretrizes do SUS e reafirmadas pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c; Brasil, 2008b), dificultando, no atendimento ao trabalhador usuário, estratégias essenciais da referida política como a implementação de redes de cuidado compartilhado.

No entanto, apesar de fomentarem o atendimento dos especialistas, as indústrias, com frequência, também recusam os atestados emitidos por estes profissionais. Isso é ilustrado no mapa de percurso da trabalhadora 4, em relação à rede privada de saúde, sobre o

que a trabalhadora relata: *“Porque a gente consulta com o médico especialista, mas tem que passar aí pelo médico da empresa para ver se ele aceita ou não aceita, então da primeira vez eu fui no neurologista e ele me deu atestado, mas o médico da empresa não aceitou”*. Nesse sentido, se observa que a priorização do atendimento do especialista para a emissão do atestado, tendo em vista a dificuldade de acesso a estes profissionais na rede pública e o seu controle na rede privada, parece funcionar como mais uma estratégia de controle das indústrias para reduzir os índices de afastamento dos trabalhadores do setor.

Outra forma de controle das indústrias para evitar os afastamentos do trabalho se dá por meio da realização de *descontos salariais*⁶⁰ e de *benefícios*, o que foi mencionado por dez trabalhadores entrevistados. Nesse sentido, o trabalhador 12 coloca: *“Lá onde eu trabalho se você pegar atestado perde a cesta básica que vale R\$ 75,00. Perde o rancho, qualquer atestado que você pegue”*.

Essas formas de descontos são reiteradas por trabalhadores de outras fábricas, como ilustra a fala do trabalhador 1: *“Se você faltar um dia, eles descontam esse dia, mais todo o sábado e você ainda perde a cesta básica, que dá mais R\$ 50,00. Então dá mais ou menos R\$ 100,00, dependendo do que você ganha. Isso se você não faltar na sexta-feira, que daí eles descontam também o domingo. [...] Eles já fazem isso para castigar o pessoal, pra não pegar atestado. E se você faltar mais de cinco dias no ano eles também descontam das férias”*. A partir desta fala se pode observar que caso o atestado não seja autorizado pelo médico do trabalho, a falta de um dia de trabalho representa aproximadamente 12% de desconto do salário médio recebido no setor.

Em outras indústrias os atestados médicos emitidos por profissionais de saúde externos à empresa somente são avaliados pelo médico do trabalho se levados no dia em que foram emitidos e pelo próprio trabalhador, caso contrário, os dias de trabalho são automaticamente descontados do salário. Como ilustra uma agente de saúde que já trabalhou na linha de produção de uma agroindústria: *“Se você ficar doente tem que ir ao médico pegar um atestado, e ir lá agendar um horário com o médico da empresa, no mesmo dia, se você resolver não ir, perde o dia de trabalho”* (notas de diário de campo).

Outra forma de coibir o uso de atestados para afastamento do trabalho, vinculando estes à remuneração, é o que comenta a

⁶⁰ O salário médio bruto dos trabalhadores da produção, segundo CAGED, é de R\$ 588,06 (MTE, 2011b).

trabalhadora 2: “*A empresa não dá aumento se você pegar atestado, que nem eu estava bastante doente, mas tentava não pegar o atestado, pra ganhar o aumento, daí assim eles iam me levando, me prometiam aumento e não davam e eu não ia pegar atestado, daí eu fui arrebatando cada vez mais*”. Na direção do que fala a entrevistada, se observa que esta forma de controle da empresa diminui a busca dos trabalhadores pelo afastamento do trabalho.

Muitos trabalhadores também resistem a ingressar na Previdência Social devido ao atraso que isso representa no pagamento do salário, já que este somente é efetuado depois da realização da perícia médica, o que de acordo com os trabalhadores entrevistados costuma demorar. Isso é representado pela trabalhadora 8, quando diz: “*afastada é só pra quem fica pra saber como é que é, eu só sosseguei depois que eu entrei em reabilitação que daí comecei a receber todo mês, porque antes eu recebia a cada três ou quatro meses, a gente não estava mais dando a volta porque era só o salário do meu marido*”.

Esses atrasos no pagamento quando o trabalhador ingressa em auxílio doença também podem ser utilizados nos discursos de profissionais de saúde, para inibir os trabalhadores a se afastarem do trabalho. Como diz o trabalhador 16: “*o ortopedista me disse assim, vamos te dar só quatorze dias que daí você não entra no INSS, porque você sabe que lá demora pra receber*”.

Em função dos impactos que o afastamento produz na remuneração, muitos trabalhadores permanecem na atividade mesmo ante o adoecimento. Nesse sentido, a trabalhadora 10 relata: “*Eu tenho uma colega que trabalha lá comigo que já está bem doente, ela tem bolas nos braços e volta e meia deixa a faca cair porque a mão trava, mas ela está aguentando porque ela é sozinha e têm dois filhos, daí se ela entrar no INSS demora muito para receber, então ela me disse que enquanto puder vai levando*”.

A partir das questões apontadas se observa que quanto maior a condição de vulnerabilidade social dos trabalhadores, seja pelo risco do desemprego e/ou pelo sofrimento psíquico que a condição de trabalho e saúde lhe impõe, mais eles ficam sujeitados aos dispositivos de controle das indústrias em relação à atenção à saúde, e, portanto, maior é a dominação das mesmas. No entanto, também em relação aos afastamentos do trabalho, produzem-se importantes formas de resistência na relação entre os trabalhadores e as empresas, pois como diz Agamben (2002), é justo no objeto do biopoder, na própria vida, que se situa a possibilidade de resistência.

4.2.2 A busca dos trabalhadores pelo afastamento do trabalho

Se por um lado as agroindústrias utilizam de diversos dispositivos de controle para evitar os afastamentos dos trabalhadores, por outro, também foi possível observar que existe uma busca dos trabalhadores do setor por este procedimento junto aos serviços de saúde. A restrição de atestados nos atendimentos realizados no contexto fabril influencia de forma importante nos fluxos do trabalhador usuário pela rede de saúde, que desenvolvem formas de resistência a este controle da indústria em relação à atenção à saúde. Nesse sentido, fala a trabalhadora 7: *“Eu fui procurar outro médico porque eu sabia que se eu continuasse me tratando lá, eles iam continuar me dando remédio e nada mais, e logo me mandariam embora, porque lá você presta até que está boa”*.

Em relação aos serviços privados de saúde, alguns trabalhadores conseguem burlar o controle em relação ao acesso aos médicos ortopedistas, procurando médicos neurologistas conveniados ao plano de saúde, para os quais a autorização da empresa não é necessária. Esta estratégia se produz a partir das trocas entre os trabalhadores que têm o mesmo problema de saúde e que já foram afastados do trabalho, o que foi o caso de quatro trabalhadores usuários, como ilustra a fala a seguir: *“Foi, foi que eu não aguentava mais, daí uma amiga de lá me falou de um neurologista que era bom e eu fui atrás, fui por conta, sem autorização da firma e foi o neurologista quem me afastou”*.

Quando os trabalhadores procuram os médicos especialistas sem a autorização da empresa, podem ser alvo de represálias do médico do trabalho a quem cabe autorizar ou não o atestado. Isso é ressaltado pela trabalhadora 8, quando diz: *“nem passei com o doutor do trabalho, fui direto no neurologista que tinham me indicado, a mulherada falava que ele era bom pra problema de nervo, só que quando eu tive que passar na medicina da empresa o médico me fez chorar lá dentro, me xingou porque como que ele não estava sabendo do meu problema, ele disse que primeiro eu tinha que passar com ele”*. Estas atuações dos profissionais de saúde nos PCMSOs tendem a inibir que os trabalhadores busquem a assistência de forma autônoma, de modo que as ações realizadas nos serviços de saúde escapem ao controle das empresas.

No caso da trabalhadora 7, a reação do médico do trabalho fez com que ela recuasse na busca de assistência, como pode ser observado na fala a seguir: *“Eu demorei 4, 5 meses para conseguir uma consulta com aquele neurologista, mas ele era muito bom, [...] daí ele me deu um*

atestado de três meses. Então eu comprei os remédios que ele me deu e levei tudo, as receitas e o atestado na empresa, mas quando eu cheguei lá o médico só faltou me atropelar, foi um cavalo, só porque eu não passei lá antes da consulta. Ele disse assim, agora esqueça esse neurologista, quem vai te tratar sou eu, como se eu estivesse lá me fingindo, daí ele me receitou uns remédios e me mandou voltar dali um tempo, eu nunca mais voltei, prefiro trabalhar com dor”. Vale ressaltar que esta entrevistada tem um quadro de dor crônica, sendo que as primeiras dores osteomusculares teriam iniciado há nove anos. Como pode ser observado no quadro 4 (p. 81), ela apresenta diversos danos físicos, sociais e psicológicos relacionados ao quadro de LER/DORT.

O caso anterior difere do trabalhador 12, que na ocasião da entrevista estava afastado do trabalho há um mês, sendo que suas dores osteomusculares⁶¹ teriam iniciado aproximadamente três meses antes desse afastamento sobre o qual ele fala: *“Eu fiquei um mês tomando remédio que o médico da empresa me receitou, daí eu voltei lá porque não estava adiantando. Então ele me encaminhou para o ortopedista deles, que queria me dar cinco dias de atestado, daí eu falei pra ele ‘mas o senhor podia me dar um pouco mais, eu já vou perder a cesta básica mesmo, me dá um pouco mais para eu voltar bom’, aí ele ficou meio assim, mas me deu dez dias”.*

Sabendo que o ortopedista atua de maneira a restringir a emissão de atestados, o trabalhador tece uma estratégia para burlar os dispositivos de controle da empresa em relação ao que ele diz: *“Na hora você tem que ser esperto, tem momentos que você tem que concordar para eles fazerem as coisas para ti, mas quieto você vai fazendo do teu jeito, tem que saber fazer, porque se não é mais difícil negociar com a empresa, daí quando você precisar eles não vão te auxiliar”.*

Sem confrontar diretamente a empresa ou o profissional de saúde, o trabalhador se beneficia da confusão do médico em relação ao período do afastamento: *“Quando estava para vencer o atestado eu voltei para fazer o retorno da consulta com o ortopedista, daí eu disse que ainda estava sentindo muita dor, que precisava de mais uns dias. Então ele reclamou que já devia ter melhorado, mas no final engessou meu braço e disse que ia me dar só mais sete dias para eu não entrar no INSS, ele não se deu conta que com os dois atestados juntos passaria dos quatorze dias. Quando eu levei o atestado para o médico da empresa com o braço engessado ele não teve o que fazer, teve que me encaminhar pra Previdência”.* Ao observar o movimento deste

⁶¹ Este trabalhador recebeu diagnóstico de Tenossinovite

trabalhador pelos serviços de saúde, pode-se concluir que, deslizando pelas normatizações impostas, fazendo confrontos velados, ele consegue ser normativo e quebrar momentaneamente o domínio da indústria em relação à atenção à saúde.

Tomando-se como exemplo os casos dos trabalhadores 7 e 12, observou-se que com frequência os sujeitos com mais saúde são os que conseguem criar modos de resistência dentro dos dispositivos de controle das indústrias. Nesse sentido, esses trabalhadores são os que melhor lidam com as adversidades do meio e instauram novas normas como afirma Canguilhem (1990). Assim, o trabalhador adoecido, sujeitado aos mecanismos de controle da fábrica muitas vezes tem maiores dificuldade para receber a assistência em saúde que necessitam.

Além das doenças crônicas, um dos aspectos que mobilizam a busca dos trabalhadores pelo afastamento é que o acesso a este procedimento torna-se uma *estratégia dos trabalhadores para lidar com as dificuldades deste contexto laboral*. Nesse sentido, distanciar-se momentaneamente da atividade na fábrica é uma estratégia que alguns encontram para se manter, mesmo que temporariamente, neste trabalho. Nesse sentido, a trabalhadora 14 aponta: *“Eu tenho uma colega lá da desossa que ela tem vinte e três anos, toda semana ela vai ao médico, ela conta que quando chega lá no hospital ele (referindo-se ao médico) já diz ‘filha, vá para os teus estudos, saia de lá, o remédio para você é sair de lá, ele já conhece ela’.* Na verdade ela pretende sair de lá mesmo, mas por enquanto ela vai pegando atestado, cada semana pega um, daí descansa um pouco e vai aguentando o repuxo”.

Na mesma direção aponta uma agente de saúde do CIS: *“Muitos que são atendidos no posto confessam que estão ali porque precisam do atestado e, destes, a maioria é por causa da canseira, do desgaste, porque lá eles cobram muito, é muito puxado, daí quando vai chegando terça, quarta, quinta eles já estão, como dizem, esgualcados⁶² né”* (Agente de Saúde 1). Nesse sentido, diante das relações sociolaborais rígidas e hierarquizadas, e na ausência de espaços para participação no contexto fabril, muitos trabalhadores encontram nos serviços de saúde alternativas para lidar com os problemas do trabalho. Esses aspectos como motivadores da busca do atestado são também observados por uma enfermeira do CIS que diz: *“Você há de convir que tem que ter alguma coisa errada nesse trabalho, porque ainda se a pessoa chegasse aqui e tivesse facilidade de pegar atestado, mas não tem, muitas vezes eles têm que ficar no posto o dia todo para*

⁶² Expressão que significa acabado, cansado.

conseguir uma ficha de atendimento, então eles perdem o dia inteiro, mas é melhor aqui do que lá, entende. Eu penso que deve ter alguma coisa melhor do que ficar no posto sentado o dia inteiro. E muitos médicos ainda não dão o atestado, daí ele fica aqui o dia inteiro e ainda perde o dia de trabalho [referindo-se ao pagamento]” (Enfermeira 1).

Às dificuldades do contexto agroindustrial soma-se a medicalização da saúde do trabalhador, características que convergem para que os serviços de saúde se tornem a principal opção do trabalhador formal antes as dificuldades em saúde. Estas últimas, oriundas ou não do trabalho, somente têm visibilidade no contexto laboral se assumem a característica de queixa em saúde reconhecida pelo modelo biomédico. Nesse sentido, assumir o lugar de doente se constitui em uma estratégia do trabalhador para quebrar o controle na gestão do trabalho, como apontam Brant e Minayo-Gomez (2005).

No entanto, a queixa sem a presença de lesão visível ou de um agravo possível de ser reconhecido com frequência impede a emissão do atestado para afastamento do trabalho. Nesse sentido aponta um médico do CIS: *“A gente atende muito aquela menina que entra na agroindústria que não está acostumada a trabalhar, daí lá tem um ritmo cruel, então depois de uns meses que eles entraram vêm exigindo atestado, daí eles dizem eu não consigo trabalhar, eu não posso trabalhar, eu tenho muita dor nas costas. Então a gente faz uma avaliação e vê que ele não tem nada, que ele tem um bom tônus muscular, porque depois de tão pouco tempo eles não têm nenhuma lesão que os impeça de trabalhar”.*

Na direção do que aponta o profissional de saúde, é principalmente a presença da lesão, da doença que autorizam o afastamento do trabalho. Nesse sentido, cria-se um impasse entre o significado do atestado médico para o profissional de saúde que o emite, que predominantemente o vê como forma de comprovar a incapacidade laboral temporária do usuário atendido, e a função que este procedimento assume para o trabalhador que muitas vezes o utiliza como forma de lidar com outras dificuldades do trabalho.

A dinâmica apontada influencia na forma como os trabalhadores usuários trazem a queixa para o serviço de saúde, como aponta um profissional que trabalha no CIS. *“Hoje mesmo eu atendi um caso de uma agroindústria, era uma mulher de trinta e dois anos, que queria uma consulta médica porque tinha uma queixa de dor abdominal. Daí eu comecei a conversar com ela e fui perguntando como era o trabalho dela, ela me disse eu não aguento mais o meu trabalho, às vezes me dá crises de nervos, tremo toda e aí dói todo o*

meu corpo. Então ela disse que ficava muito ansiosa quando entrava lá e que o chefe dela não queria nem saber. Só que se você não investiga ela vem aqui com a queixa de dor e por isso provavelmente ela ganharia um atestado para aquele dia e mais medicação, mas isso não vai resolver o problema dela” (Enfermeira 1).

Observa-se que a dificuldade em saúde por trás desta busca do trabalhador, muitas vezes, não condiz com a queixa que o trabalhador usuário apresenta ao serviço de saúde num primeiro momento, o que só é percebido por meio da realização do acolhimento da queixa, do estabelecimento do vínculo, ou seja, da produção do cuidado. Quando não se consegue estabelecer esta relação entre profissional de saúde e trabalhador usuário, seja pelo grande fluxo de atendimento, seja pelo modelo de saúde que norteia a prática profissional, a atenção à saúde com frequência se reduz a relação queixa-conduta e se fortalece o olhar sobre a doença, como problematiza a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c). Nesse sentido, se observa que os trabalhadores se apropriam do discurso biomédico e o reproduzem nestas queixas, em que enfatizam a dificuldade física em detrimento do sofrimento psíquico associado a este trabalho.

A ênfase na queixa de dor, de desconforto físico torna-se neste contexto a forma socialmente estabelecida para lidar com o sofrimento do trabalho. Como afirma a trabalhadora 3: *“Nos últimos tempos eu pegava muito atestado porque eu queria que eles me mandassem embora, eu não queria mais trabalhar ali, estava cansada, estressada, já não aguentava mais [...]. Eu falava pro médico do braço, só que realmente inchava, levantava bolas e doía, mas eu não dava o braço a torcer de estar pegando atestado só por causa do braço, mas chegou uma época que eu não aguentava mais, eu estava cansada, eu queria sair dali”*.

A fala da trabalhadora revela que apesar de existir uma dor osteomuscular, ela somente se insere no serviço de saúde em busca de atestado quando a este quadro soma-se uma situação de sofrimento psíquico associado àquela condição laboral; no entanto, esta não é mencionada como queixa no atendimento médico. Nesse sentido, pode-se compreender que a restrição da queixa à dimensão física ocorre porque esta tem mais chances de resultar na emissão do atestado. Ao encontro desta realidade, Sato e Bernardo (2005), em uma pesquisa sobre as queixas dos trabalhadores e os diagnósticos feitos no CEREST de São Paulo, com foco nas LER/DORT, observaram que os trabalhadores se sentem mais autorizados a buscar assistência quando seu problema é de ordem física, mesmo reconhecendo a existência de

uma demanda em “saúde mental”. Ao enfatizar a dor física em detrimento do sofrimento quando procura assistência, o sujeito reproduz o discurso socialmente autorizado e encontra formas para lidar com as formas alienantes de trabalho, que, segundo Le Guillant (2006), fazem do sofrimento uma dimensão contingente aos modos de produção atuais.

Outro aspecto que influencia na busca de atestados médicos para o afastamento do trabalho é o anseio dos trabalhadores do setor em assegurar *o recebimento do auxílio doença*, o que também é um atravessamento importante na relação entre o profissional de saúde e o trabalhador usuário. O auxílio doença recebido a partir do ingresso do trabalhador no INSS ante os afastamentos do trabalho superiores a quinze dias, representa uma importante forma destes sujeitos acessarem o sistema de proteção social possibilitado pelo trabalho formal. Neste cenário, o benefício previdenciário representa a garantia da continuidade da subsistência destes sujeitos ante a perda da capacidade laboral, pois substitui o trabalho na manutenção da existência material.

Na direção do que aponta Castel (1998), o conjunto de benefícios adquiridos pelo trabalho formal dá suporte à condição de cidadania garantida pela proteção social conferida pelo Estado. Nesse sentido, o auxílio doença garante certa autonomia ao trabalhador adoecido por preservar sua capacidade de independência, protegendo-o do risco de desfiliação⁶³ e do fracasso social, pois, como diz o referido autor, a propriedade dá o suporte necessário frente a situações como a doença, o envelhecimento e o acidente. Sobre esta base, o indivíduo pode construir certa independência, tão valorizada na sociedade atual, e gozar de um mínimo de consideração.

A busca dos trabalhadores das agroindústrias pelo ingresso neste sistema de proteção social viabilizado pelo trabalho formal tem como pano de fundo, aspectos inter-relacionados que envolvem as doenças ocupacionais e a consequente limitação da capacidade laboral, o risco do desemprego e a pouca qualificação profissional. Essa busca pelo auxílio doença ocorre predominantemente nos serviços que atendem os trabalhadores quando o problema de saúde está crônico como INSS e CRESME.

A presença de doenças ocupacionais e a limitação da capacidade laboral ocasionadas por estas se apresentam como inevitáveis no panorama de futuro dos trabalhadores do setor. Isso pode ser observado nas falas dos dezessete trabalhadores entrevistados, o que

⁶³ Para Castel (1998) a noção de desfiliação social diz respeito à ruptura de pertencimento, de vínculos societários como aqueles garantidos pelo emprego.

pode ser ilustrado pelo que menciona a trabalhadora 10 quando ela diz: (Entrevistadora) *“Como você se imagina no futuro em relação o teu trabalho? Nem me fale, imagina se eu com vinte e quatro anos estou assim, pensa quando eu tiver a idade da minha mãe, quarenta e cinco anos? A minha mãe, mesmo tendo trabalhado a vida inteira na roça não está quebrada que nem eu, imagina quando eu tiver a idade dela, eu não penso, o melhor é não pensar”*.

Acompanhar constantemente o adoecimento e afastamento dos trabalhadores no contexto fabril também ajuda a delinear o panorama acima acenado. Nesse sentido se pode observar a fala da entrevistada 5, quando diz: *“nos éramos em quatro no meu setor que tínhamos problema, eu e uma outra ficamos, agora estamos as duas afastadas, as outras duas mandaram embora, e todas com o mesmo problema, problema de frigorífico. [...] Lá é assim, quem não sai torto, sai quebrado”*.

Os trabalhadores entrevistados mencionam de forma recorrente que aqueles sujeitos que saem das fábricas adoecidos e não recebem benefício previdenciário, com frequência acabam desempregados e, portanto, desfiliaados dos suportes do sistema de proteção social. Isso é ilustrado pela fala da trabalhadora 1, quando diz: *“Só que eu conheço tem seis pessoas que por causa do problema foi, foi e não resolvia daí pediram as contas e agora não arrumam mais emprego em lugar nenhum, nem em frigorífico, por que eles fazem exame e percebem que a pessoa tem problema, que nem a minha vizinha, ela é mais nova do que eu e tem três filhos pra criar e está nesta situação”*. Na direção do que aponta este sujeito, a perda da capacidade laboral caracteriza uma ameaça à manutenção da vida material do trabalhador e sua família.

O risco do desemprego e o medo que este provoca pela vulnerabilidade social a que o trabalhador fica exposto nesta condição também é ilustrado pela entrevistada 2, que estava afastada do trabalho no momento da pesquisa: *“A hora que eles me liberarem pra voltar eu não sei o que vai acontecer, por que eles vão me mandar embora, é só vencer a estabilidade, depois eles me mandam embora. Muitos funcionários que eu sei, voltaram a trabalhar na mesma semana mandaram embora, eles sabem que o funcionário não vai aguentar trabalhar, não vai produzir mais que nem antes, então eles mandam. [...] Já pensou, eu vou ter que dar um jeito de sobreviver, só com o salário do meu marido a gente não vai conseguir dar a volta, e qual a empresa que vai me pegar com o problema que eu tenho? Não tem empresa que me pegue”*.

Em função da baixa escolaridade e da falta de qualificação profissional destes trabalhadores, eles vislumbram os trabalhos braçais como possibilidade de inserção no mercado de trabalho. No entanto, a presença das LER/DORT se torna um fator restritivo para este tipo de atividade. Como menciona a trabalhadora 10: *“Eu poderia até trabalhar em outro lugar, mas agora com essas dores não tem como. Porque imagina, eu poderia trabalhar de doméstica, mas como é que eu vou fazer ficar de pé o dia todo, se eu não aguento nem fazer os meus. Eu acho que não tem jeito, o meu futuro é ali mesmo”*. Fala semelhante faz a trabalhadora 2 quando diz: *“Eu tenho medo, porque a hora que a firma me mandar embora, nenhuma outra empresa vai me contratar, meu problema aparece, e como que eu vou trabalhar de faxineira se eu não aguento nem fazer meu serviço de casa”*.

Ante o panorama acenado, permanecer recebendo o benefício previdenciário é o caminho mais seguro destes trabalhadores para garantir a subsistência, assim, o retorno do afastamento é evitado pelos trabalhadores do setor. Como diz o profissional do INSS: *“A grande maioria das pessoas, quando elas vêm aqui com um quadro de doença, elas já vêm na perspectiva de serem aposentadas sabe, esse é o grande sonho delas, de chegar a se aposentar, mas elas não compreendem que elas têm uma incapacidade, mas que não são totalmente inválidas. Mas pela falta de perspectiva desses trabalhadores, é difícil inclusive trabalhar a reabilitação profissional”*.

A proteção social possibilitada pelo benefício previdenciário, em contraposição aos riscos de adoecimento e desfiliação social, levam o trabalhador a assumir o lugar de doente como estratégia de resistência, como último recurso como apontam Brant e Minayo-Gómez (2007). Nesse sentido, afirma um profissional que atuava na gerência de atenção especializada do município: *“É uma coisa muito chocante você achar que é melhor ficar doente do que voltar a trabalhar, até porque esse trabalhador tem uma via crucis quando ele adocece, mas às vezes é mais fácil ele continuar doente, porque ele está recebendo, está ganhando, ele já está quase achando que a situação de beneficiário é profissional”*.

A busca dos trabalhadores pelo benefício previdenciário no acesso aos serviços de saúde e as disputas veladas que os afastamentos do trabalho implicam produzem atravessamentos importantes na relação entre os trabalhadores usuários e os profissionais de saúde, especialmente os que atuam nos serviços públicos. Isso pode ser ilustrado pela fala de um profissional do CRESME, quando diz: *“Principalmente na ortopedia, esse uso do serviço de saúde pelo*

trabalhador para conseguir o benefício do governo como a aposentadoria especial é muito comum. Os trabalhadores tendem a se beneficiar do sistema maximizando os sintomas, boicotando o tratamento para não terem mais que trabalhar, porque eles têm um ganho secundário, existe um clientelismo muito grande do usuário com o SUS”.

Quando desconsiderada a complexidade que permeia esta busca do trabalhador usuário pelo afastamento do trabalho, e as relações de poder e dominação que as constituem, essa se torna um tabu nos serviços de saúde. Nesse sentido menciona um médico que atua no Centro de Saúde: *“Como as pessoas reclamam muito, a gente acaba filtrando, então quando a pessoa vem com uma queixa realmente séria às vezes a gente tende a não acreditar no primeiro momento, a gente tem um pouco deste preconceito de achar que o paciente está mentindo, porque a gente lida com isso direto então você tende a passar por aquele filtro o que eles dizem.* Na mesma direção menciona outro médico do CRESME, destacando a dificuldade em lidar com esta demanda: *“Eu trabalho quarenta horas no serviço público e ouço lamúria o dia inteiro, os usuários se queixam muito, se colocam o tempo todo em uma situação de vítima e isso é difícil para o profissional que atende. Eu vejo isso todos os dias”.* Também afirma o profissional vinculado à Gerência de Atenção Especializada: *“Então este trabalhador procura muito os serviços para atestar que ele está doente. No entanto, isso gera preconceitos na unidade básica de saúde porque quando esse trabalhador entra lá o profissional já pensa, ah ele veio pedir atestado, ele está dando nó, quer ficar recebendo o benefício”.*

Esses tensionamentos que perpassam à atenção à saúde dos trabalhadores com frequência implicam relações de desconfiança entre profissionais de saúde e trabalhadores usuários. Essas por sua vez, inviabilizam o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização pelo tratamento enquanto estratégias terapêuticas fundamentais na produção do cuidado, como menciona Merhy (1998) e na direção do que preconiza a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b).

Neste contexto de disputas e múltiplos atravessamentos que perpassam a atenção à saúde do trabalhador, o profissional de saúde se sente muitas vezes impotente e deslocado em relação ao que compreende que seja o ideal de assistência. Como diz um profissional do CRESME: *“na verdade funciona assim, eu finjo que atendo e os pacientes fingem que se tratam, hoje se eu tivesse outra profissão eu largaria a medicina”.* Na direção do que aponta esta fala se pode observar o sofrimento a que estes profissionais também estão sujeitos

em função dos contornos assumidos pela atenção à saúde dos trabalhadores, em que os próprios médicos podem tornar-se alvo do dispositivo biopolítico da medicalização.

Assim, esse deslocamento do profissional de saúde é fruto da função que os serviços de saúde assumem, enquanto mediadores das relações entre o trabalhador usuário e as indústrias, o qual perpassa também o reconhecimento do caráter acidentário das doenças que acometem os trabalhadores do setor.

4.3 O reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador da agroindústria

A especificação do que é acidente de trabalho está presente no art. 19 da Lei n. 8.213 de 1991, que dispõe sobre a finalidade e os princípios da Previdência Social. Esta define o acidente de trabalho como “o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa [...], provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (s/p.).

Os acidentes de trabalho, de acordo com Costa (2003), são classificados em duas espécies que são os acidentes típicos ou tipo e as doenças ocupacionais. Essas duas modalidades de acidentes, segundo Optiz e Optiz (1988), se distinguem do ponto de vista etiológico e cronológico, sendo que o acidente típico tem como característica a subaneidade e a externalidade ao trabalhador, sendo definido por Costa (2003) como: “acontecimento brusco, repentino, inesperado, externo e traumático, ocorrido durante o trabalho ou em razão dele, que agride a integridade física ou psíquica do trabalhador”.

Já a doença ocupacional implica um processo silencioso que ocorre em uma escala de tempo diferenciada, e que tende a se agravar ao longo desta. As doenças ocupacionais são divididas em dois grupos, que são as tecnopatias ou doenças profissionais e as mesopatias ou doenças do trabalho. As primeiras, de acordo com Lima (2010), estão associadas à exposição do trabalhador a determinados processos produtivos, em que o trabalho é um fator determinante sem o qual a doença não se desenvolve, sendo que nestes casos o nexó entre o trabalho e o agravo é presumido. Já as segundas são oriundas das condições em que a atividade acontece, sendo influenciadas por fatores como ritmo de trabalho e a cobrança por produtividade; no entanto, a patologia pode advir de condições que não estão relacionadas à atividade profissional. De acordo com Carvalho, Cavalcanti, Soriano & Miranda (2009), é no

grupo das doenças do trabalho que se enquadram as LER/DORT e a maioria dos Transtornos Mentais e Comportamentais.

Estabelecer a relação entre o trabalho e os processos de saúde-doença da população segundo documento sobre doenças relacionadas ao trabalho (Brasil/OPAS, 2001) é a condição básica para implementação das ações no campo da Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos em saúde do trabalhador possibilita a geração de indicadores epidemiológicos que devem nortear as políticas de prevenção e as ações de vigilância, bem como define questões do ponto de vista previdenciário e trabalhista (Ministério do Trabalho e Emprego, 2008). Esse reconhecimento traz, assim, implicações éticas, técnicas, e legais que envolvem organizações, serviço de saúde e trabalhadores, os quais influenciam de forma importante a atenção à saúde dos trabalhadores.

O reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador pode gerar ao trabalhador formal benefícios legais e previdenciários, bem como orientar a atenção à saúde. Este reconhecimento pode se dar via emissão de *Comunicação de Acidentes de Trabalho*, ou por meio do estabelecimento do nexó técnico pela previdência social. A CAT é regulamentada pela Lei n. 8.213 de 1991, a qual define que todo acidente de trabalho ou doença ocupacional relativa ao trabalhador que mantém vínculo empregatício e é contribuinte da previdência social devem ser informados pela empresa ao INSS. De acordo com os Cadernos de Atenção Básica acerca da saúde do trabalhador (Brasil, 2002, p. 12), “a CAT deve ser sempre emitida, independentemente da gravidade do acidente ou doença, ou seja, mesmo nas situações nas quais não se observa a necessidade de afastamento do trabalho”.

O adequado preenchimento da CAT traz informações relevantes para o estudo dos fatores de risco presentes em determinadas ocupações e condições de trabalho em locais específicos, bem como auxilia a traçar o perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores formais, alimentando os sistemas de informação em saúde. Além de produzir indicadores epidemiológicos para o campo da saúde do trabalhador, o referido instrumento tem importantes implicações em relação aos direitos trabalhistas. Estas, de acordo com Lima (2010), incluem a possibilidade de uso da CAT pelo empregado como prova em uma demanda judicial por indenização. Também implica o recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) durante o período de afastamento do trabalho, quando houver e, por fim, gera estabilidade do trabalhador no emprego por 12 meses a partir do retorno do afastamento.

Apesar da obrigatoriedade da emissão da CAT ante os agravos em saúde, as implicações que isso produz ao empregador fazem com que as agroindústrias *evitem emitir este registro*. Este “ônus” ocasionado pela CAT às indústrias é amplamente associado a subnotificação por meio deste instrumento já que “como a empresa é o emissor por excelência do documento, criou-se uma situação em que o principal agente da notificação é o principal interessado na subnotificação” (Lima, 2010, p. 56).

As tentativas das agroindústrias em evitar a emissão da CAT se dão por meio de práticas de invalidação das queixas dos trabalhadores do setor na direção do que menciona Alves (2004), o que pode ser observado no relato do trabalhador vinculado ao sindicato quando esse diz: *“A última coisa que a empresa quer é que o funcionário fique afastado por acidente de trabalho, ela quer encaminhar sempre pelo mais fácil, que é o auxílio doença. Daí tem que consultar com os médicos deles, que são conveniados talvez pra isso, [...] então deu um problema de LER no braço e o médico fala pra mulher, você lavou muita roupa em casa, ou que isso aqui é coisa de antigamente quando você trabalhava na roça, esse tipo de coisa acontece bastante ali. Então eles querem tirar o corpo fora, eles não querem fornecer a CAT”*.

Ao encontro do que menciona o trabalhador vinculado ao sindicato, descreve um trabalhador entrevistado sobre seu pedido à empresa para emissão de CAT frente ao quadro de LER/DORT: *“O pessoal não queria fazer a CAT, quando eu fui lá eles falaram pra mim, você está mentindo pra nós, esse teu problema é de quando você trabalhava na roça com os teu pais, que você colocava cestos de milho nas costas, você se machucou e agora vem querer que a empresa se responsabilize. Eu disse ‘negativo, eu saí da roça um piá e meu pai nem me colocava fazer esse tipo de serviço, mas eu trabalhei quinze anos aqui”*. Essa negação da relação entre trabalho e agravo em saúde frente a solicitação da CAT é favorecida pelo fato das LER/DORT, principal doença que acomete os trabalhadores do setor, não ter o nexo com o trabalho presumido como no caso das doenças profissionais.

Outro aspecto que se destacou na conduta destas empresas é que com frequência as CAT não são emitidas enquanto os trabalhadores não ingressam no INSS para *recebimento de auxílio doença*. Essa questão é apontada pelo profissional do CEREST, quando este diz: *“A legislação prevê que frente a qualquer agravo seja emitida a CAT, mesmo que não seja necessário o afastamento do trabalho. Porém, as empresas só emitem mesmo quando esse trabalhador necessita de um afastamento superior a quinze dias, que aí ele vai para a previdência. Mas caso*

contrário as empresas se eximem, camuflam essa situação de alguma forma". O que fala o profissional de saúde do CEREST emerge no percurso dos seis trabalhadores entrevistados que receberam auxílio doença acidentário, já que em todos os casos o reconhecimento do nexa entre a doença e o agrava ocorreu somente após o afastamento do trabalho que gerou auxílio previdenciário.

Vale destacar que sem o reconhecimento do nexa entre o trabalho e o adoecimento a empresa não precisa garantir a estabilidade do trabalhador. Assim, é comum ocorrerem demissões após retorno do afastamento por auxílio doença, como ocorreu com os trabalhadores 4 e 11. Sem o reconhecimento do nexa entre o trabalho e a doença a empresa também não é responsabilizada legalmente pelo tratamento de saúde do trabalhador durante seu percurso pela rede de saúde. Nesse sentido, se observa que quando não é emitida a CAT os trabalhadores fazem um uso maior dos serviços públicos de saúde em função das dificuldades relacionadas ao trabalho, em especial da atenção básica. Esse é o caso dos quatro trabalhadores que não estavam afastados do trabalho, bem como dos seis trabalhadores que se afastaram sem o reconhecimento do caráter acidentário do agrava em saúde, sendo que o único que não faz uso do CIS é o trabalhador 17, que menciona utilizar mais o plano de saúde do cônjuge.

O fluxo do trabalhador pela rede de saúde, ante a omissão do nexa entre doença e atividade laboral, é ilustrado pela fala da trabalhadora 13 quando esta diz: *"Agora eu estou usando mais o posto porque esse ano eu tive sete consultas com os médicos do plano de saúde e eu já tive que pagar três, porque nós só temos quatro consulta gratuitas por ano. Então agora quando eu tenho dor no braço e estou fazendo mais uso da policlínica"*.

Já a mudança no percurso em saúde do trabalhador a partir da emissão da CAT é representada pela trabalhadora 2 quando esta menciona: *"Desde que eu me afastei a empresa está pagando todas as despesas do meu tratamento, já fazem dez meses, por isso que eu diminui minha ida à unidade. Antes, quando eu precisava eu ia no posto ou comprava os remédios, porque eu paguei muito remédio. Daí quando eu ia na unidade a doutora me dava o medicamento, ela sabia que o problema estava relacionado a empresa, então eles sempre me davam"*.

No entanto, mesmo quando é reconhecido o nexa e emitida a CAT ocorre de a empresa não se responsabilizar pela assistência a saúde dos trabalhadores com doenças ocupacionais. Nesse sentido, fala o profissional do INSS: *"O que a gente tem visto muito aqui é que mesmo quando se reconhece o acidente de trabalho, depois de um tempo as*

empresas param de pagar o plano de saúde privado para este trabalhador, então se ele fica muito tempo afastado ele perde o plano, aí ele tem que ir para o SUS”.

Questão semelhante é trazida pela trabalhadora 2 na ocasião da devolução da entrevista no final do ano de 2010. Neste período a entrevistada estava afastada do trabalho há aproximadamente doze meses, e mencionou que não podia mais utilizar os serviços de saúde a partir do convênio da empresa, porque essa, por meio do setor de Recursos Humanos a teria informado que sua dívida estaria muito grande, já que ela deveria pagar parte das consultas realizadas através do plano de saúde. Em relação a isso, a trabalhadora mencionou que não estava mais sendo acompanhada pelo neurologista da rede privada e que tinha voltado a utilizar o Centro de Saúde. Também mencionou que como não estava mais conseguindo comprar os medicamentos que tomava, o médico da atenção básica havia substituído os mesmos por fármacos disponíveis no SUS, para que ela os retirasse de forma gratuita; no entanto, de acordo com a entrevistada, esses não eram eficazes para a dor, sendo que o mal-estar em função desta havia aumentado desde então.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica sobre saúde do trabalhador (Brasil, 2002), quando as empresas se recusam a emitir a CAT, podem fazê-lo as entidades sindicais, o próprio acidentado, seus dependentes, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública. Apesar da emissão da CAT poder ser realizada por outros entes sociais, a subnotificação por meio deste instrumento persiste. Entre os fatores que levam a isso, Lima (2010) aponta a falta de informações dos trabalhadores e profissionais médicos acerca da legislação e da possibilidade de emitir o registro. Esse limite apontado pelo autor se evidenciou no campo de pesquisa, a partir do qual foi possível observar o desconhecimento dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica em relação às atribuições e aos instrumentos de notificação dos agravos em saúde do trabalhador.

Os percursos dos trabalhadores usuários pela rede de saúde e as formas como esses obtêm as CAT, quando obtêm, também visibiliza a falta de informações acerca da possibilidade de emissão deste registro. Neste contexto, também opera o domínio da empresa em relação ao sindicato da categoria, o qual poderia contribuir nesta atividade, bem como o controle das agroindústrias em relação à atenção à saúde, como, por exemplo, na restrição do acesso a determinados profissionais e serviços de saúde.

Emitir a CAT à revelia das empresas significa fazer um enfrentamento a estas por parte do trabalhador ou do serviço de saúde e, no caso dos profissionais de saúde, em assumir uma implicação maior na atenção à saúde dos trabalhadores usuários. O poder econômico que estas empresas representam na região pode ser um inibidor destes enfrentamentos, especialmente se eles se dão de forma isolada. Um exemplo que gera estas reflexões é a fala que um profissional de saúde faz a um trabalhador do setor: *“O médico me disse assim que ele ia me dar uma força, um pontapé inicial para eu resolver o meu caso, que ele tinha ficado comovido com a minha situação, daí ele me deu três meses de atestado, mas ele disse depois você esquece um pouquinho de mim, procura outros, isso aí é pra você começar a andar com o teu caso”* (Trabalhador 16).

Mesmo que de forma restrita, em muitos casos a atuação dos profissionais de saúde que não têm vínculos diretos com a agroindústria é decisiva para que o trabalhador consiga o reconhecimento donexo entre o agravo em saúde e o trabalho. Neste sentido, três trabalhadores entrevistados falaram que foram orientados a solicitar da empresa a emissão da CAT pelos médicos especialistas dos convênios: *“Foi o neurologista que me alertou, ele me disse que o meu problema era causado pelo serviço da empresa, serviço repetitivo, daí ele me disse que era para eu ir atrás dos meus direitos, ele disse faça eles te assinarem uma CAT senão você vai se encostar como auxílio doença, que daí eles são obrigados a pagar teu salário como era na firma. Daí eu fiz isso, pedi a CAT e, no fim eles fizeram”* (Trabalhadora 2).

Diante do reconhecimento das dificuldades para emissão das CAT, a partir do Decreto n. 6.042/2007, o INSS deixou de condicionar a concessão do auxílio doença acidentário à emissão deste registro. Isso quer dizer que desde a implementação desta lei, ante à avaliação médico-pericial pode ser reconhecido o nexo entre o trabalho e o agravo em saúde produzindo as mesmas implicações legais para empresa e trabalhador que a emissão da CAT. Essa autonomia do INSS em relação a empresa no estabelecimento do nexo pode ser observada na descrição da trabalhadora 8 quando diz: *“Quando eu me afastei eu fiz a perícia no INSS daí eu levei na empresa e o médico pirou porque estava escrito acidente de trabalho, ele disse ‘como eles puseram acidente de trabalho?’”*.

A mudança acima referida produziu um grande aumento nas notificações dos agravos relacionados ao trabalho, especialmente das doenças do trabalho, entre as quais Todeschini e Lino (2010) destacam as LER/DORT e os transtornos mentais e comportamentais. A partir da

implantação desta nova legislação, estes dois grupos de doenças, que anteriormente eram classificados como incapacidades previdenciárias comuns, migraram para as relacionadas ao trabalho.

Este novo panorama em relação ao estabelecimento do nexos representa avanços importantes no campo da saúde do trabalhador; no entanto, no contexto estudado aparentemente reforça a tentativa de controle das empresas do setor agroindustrial para evitar os afastamentos dos trabalhadores pelo máximo tempo possível. Nessa direção aponta o profissional do INSS: *“Agora em função do Fator Acidentário de Prevenção⁶⁴ (FAP) o que a empresa X por exemplo faz [referindo-se a uma das empresas do setor], ela não deixa o trabalhador se afastar, não deixa ele entrar em auxílio doença, daí não é registrado, oficialmente não tem pessoa doente entende, então quando esta chega na previdência ela está morta, está quebrada, você não consegue mais reabilitar ela, aí ela está com muita dor, geralmente já tem um quadro de depressão”*.

O que aponta o profissional acima vai ao encontro do que se observou na maioria dos percursos que os trabalhadores fazem na busca de cuidado. Nesse sentido, comumente os trabalhadores usuários realizam longas peregrinações pelos serviços de saúde com queixas relacionadas ao trabalho, e somente são afastados da atividade ante a cronificação dos quadros de saúde.

Mesmo com os avanços proporcionados por esta maior autonomia do INSS no reconhecimento do caráter acidentário dos agravos em saúde do trabalhador, o estabelecimento do nexos entre o agravo e o trabalho pelos médicos peritos é atravessado por dificuldades, como evidencia o profissional do INSS: *“Muitos trabalhadores eles também não sabem a diferença entre um auxílio doença decorrente do trabalho e de um auxílio doença comum, e a empresa geralmente ela manda quando não é um caso muito gritante*

⁶⁴ O FAP diz respeito ao custeio das despesas da Previdência Social com os acidentes e doenças do trabalho, assim como as aposentadorias especiais, por meio da tarifação coletiva das empresas. Esta tarifação estabelece as taxas de 1, 2 e 3% calculados sobre o total das remunerações pagas aos segurados empregados e trabalhadores avulsos. No entanto, desde 2009, esses percentuais podem ser reduzidos ou majorados, o que representa a possibilidade de estabelecer a tarifação individual das empresas, flexibilizando o valor das alíquotas: reduzindo-as pela metade ou elevando-as ao dobro. Esta mudança busca bonificar aqueles empregadores que tenham apresentado no último período menores índices de acidentalidade e, ao mesmo tempo, aumentar a cobrança daquelas empresas que tenham apresentado índices de acidentalidade superiores à média de seu setor econômico (Dataprev, 2012). Disponível no site: <<http://www2.dataprev.gov.br/fap/fap.htm>>. Acesso em 02.05.2012.

ela manda como auxílio doença comum que nós chamamos trinta e um, aí para transformar em auxílio doença acidentário que é o noventa e um, é complexo, e o trabalhador muitas vezes nem sabe que tem este direito”.

Essa dificuldade de conversão do auxílio doença emerge no percurso do trabalhador 15 que havia sido afastado do trabalho recentemente. Nesse sentido, o referido trabalhador tinha um diagnóstico de osteoartrose no quadril, tendo em vista que sua atividade nos últimos dez anos exigia que ele passasse todo o turno de trabalho agachando-se e levantando-se a fim de etiquetar embalagens. Acerca de seu afastamento o mesmo menciona: *“Eu estou afastado como auxílio doença, daí eu pedi a CAT pra empresa, mas eles não estão querendo me dar. Essa semana mesmo eu falei lá com a enfermeira e ela disse que a médica vai analisar o meu caso, então eu estou esperando eles me ligarem”.* Neste caso, o trabalhador já havia passado pela avaliação da perícia do INSS, a qual não estabeleceu onexo entre o agravo e a atividade ocupacional, o que o trabalhador estava tentando buscar junto a empresa.

Uma das dificuldades apontadas pelo profissional do INSS para o estabelecimento do nexopela perícia deste serviço diz respeito a qualidade dos registros produzidos durante o percurso anterior realizado pelos trabalhadores na rede de saúde: *“É mais difícil o estabelecimento do nexose a previdência não tem documentos que provem que ele está doente. A gente vem discutindo inclusive com a perícia médica o problema do diagnóstico, é complicado quando ele vem para a previdência e ele não teve um bom diagnóstico lá no primeiro momento, porque o médico perito vai se basear no que ele traz, nos documentos, exames. E daí geralmente eles são atendidos lá pelo médico do trabalho da empresa [...], eles não podem ir buscar um atestado de outro médico, é o médico de dentro da empresa quem fornece”.*

Quando os documentos que “visibilizam” a doença como os exames complementares, são produzidos a partir do controle da empresa e de acordo com os interesses dela, eles interferem na avaliação pericial do INSS de modo que o trabalhador é prejudicado no que diz respeito ao reconhecimento de seus direitos trabalhistas. A forma como é realizada esta avaliação também denota, como já assinalado anteriormente, o predomínio do modelo biomédico em que a atuação do perito está voltada à busca de evidências empíricas e mensuráveis que retratem a doença de maneira objetiva, de forma a afastar a necessidade de juízo de valor do profissional de saúde.

Outra dificuldade que emerge em relação às perícias previdenciárias é a precedência da incapacidade sobre nexos na avaliação do perito, a qual é apontada por Lima (2010). Nesse sentido, o autor destaca que como a concessão ou não de benefício se dá a partir da avaliação da capacidade laboral do trabalhador, muitos peritos dão ênfase a este aspecto e desconsideram o raciocínio acerca do nexo técnico. Retomando-se que a Lei n. 8.213 de 1991 define como acidente de trabalho aquilo que leve a morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho, observa-se que esta ênfase sobre a capacidade laboral em detrimento do nexo se dá a partir da própria legislação que orienta a atuação destes profissionais de saúde.

A precedência da capacidade laboral sobre o nexo na avaliação pericial pode ser observada no caso da trabalhadora 7 que atua há quatorze anos no setor e que apresenta diversas dificuldades em saúde como pode ser observado no quadro 4 (p. 81): *“O neurologista me deu três meses de atestado e ele disse para mim que era acidente de trabalho, mas quando eu fui fazer a perícia lá no INSS, eu já estava em casa há dois meses porque demora para marcar essa perícia, o médico disse pra mim que eu não tinha nada e só aceitou um mês do meu afastamento e ainda colocou lá como auxílio-doença comum. Daí me mandaram voltar a trabalhar e eu voltei. Eu tive que entrar com uma ação judicial contra o INSS, e na nova perícia o médico aceitou o período do afastamento indicado pelo neurologista, mas continuou como auxílio-doença comum”*.

Estas dificuldades que perpassam a avaliação pericial também são mencionadas por um médico do CRESME: *“Muitas vezes a visão do perito em relação ao problema de saúde, é que para receber o benefício a pessoa não pode fazer nada. Nas consultas eles perguntam para as pessoas como quem não quer nada se elas fazem o serviço de casa ‘quem lava a louça para a senhora? quem varre a casa?’ e geralmente as pessoas acabam contando, que nem uma mulher que disse a ele ‘ah doutor sou eu, eu não tenho condições de pagar ninguém para fazer o meu serviço’, e o médico disse ‘se você pode fazer o seu serviço também pode voltar a trabalhar’”*. Essa forma de avaliação no atendimento ao trabalhador que chega ao INSS denota a sobreposição entre norma e saúde que aponta Canguilhem (2002), sendo que neste caso a norma é orientada, não pela condição de saúde, mas pela condição para o exercício do trabalho.

A questão acima também emerge na fala da trabalhadora 5, afastada a três anos da atividade: *“A gente sai eu digo inutilizada porque pra eles você é inútil porque se você não pode fazer mais nada*

“você é inútil, tu chega e eles fazem mil perguntas, quem lava a roupa pra ti? Quem faz almoço pra ti? Às vezes você tem que mentir pra não dizer eu, porque se eu digo a verdade eles me mandam voltar a trabalhar. Então eu respondo que quem faz é o meu marido, a minha filha, mas eu não posso sobrecarregar o meu marido, ele também trabalha, também tem problema, a menina é nova, não posso sobrecarregar ela e não posso fazer tudo sozinha também, tem que dividir as tarefas, eu faço uma coisa eles fazem outra. Então a gente fica nervosa, a gente se sente mal por ser inútil, por não poder fazer as coisas” (Trabalhadora 5).

Essa necessidade de comprovar a incapacidade laboral, e a vigilância em relação à mesma é apontada por outra trabalhadora entrevistada, quando ela menciona: *“Diz que a empresa está mandando a psicóloga nas casas das pessoas afastadas de surpresa pra saber se tem gente trabalhando. A gente fica sabendo que a coisa está complicada. Tem uma comadre minha que está afastada, ela faz tudo fechada dentro de casa com medo que os caras apareçam ali. Ela chora, outro dia ela me disse que se tiver que voltar a trabalhar ela vai se matar, ela tem depressão, eu já não digo essas coisas. Daí ela tem medo, pagar ela não pode, a gente ganha pouco pra pagar uma babá, uma pra limpar e daí tem que se virar, mas para isso tem que viver que nem bicho fechada dentro de casa, inútil, eu acho que não deveria ser assim, se eles sabem que a pessoa está doente ficou doente lá dentro se a pessoa está fazendo alguma coisa que bom pra ela, ela não está inútil”* (Trabalhadora 8).

A partir das falas dos entrevistados, observa-se que as dificuldades em saúde tendem a ser focalizadas no corpo do trabalhador, em que a capacidade ou incapacidade passam a ser de um sujeito específico, e não deste sujeito na realização de um trabalho adoecedor e incapacitante. Assim, para manter-se afastado do trabalho e provar a dificuldade em saúde, o trabalhador tem que reproduzir esta “incapacidade” na vida cotidiana, o que repercute negativamente em sua recuperação e sua condição de saúde, como bem explicam as trabalhadoras 5 e 8.

O reconhecimento do nexos entre o trabalho e o agravo em saúde também deve gerar uma notificação, a qual é compulsória nas redes de serviços sentinelas⁶⁵ e que alimenta o SINAN. A emissão destas

⁶⁵ De acordo com a RENAST (Brasil, 2006a), esses são os serviços assistenciais de média e alta complexidade, capacitados para identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doença, agravos ou acidentes relacionados ao trabalho.

notificações atualmente é regulamentada pela Portaria n. 2.472 de 2010, a qual determina que entre as doenças de notificação compulsória estão os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e os Transtornos Mentais relacionados ao trabalho.

Estas notificações não geram efeitos imediatos em relação ao trabalhador singular que apresenta o agravo em saúde; no entanto, contribuem para a produção de indicadores epidemiológicos que podem evidenciar as problemática de uma determinada atividade laboral. Nesse sentido, é possível que as notificações desencadeiem ações de vigilância em saúde e intervenções de entidades como o Ministério Público do Trabalho nos contextos de trabalho adoecedores.

Tendo em vista a necessidade de construir um perfil epidemiológico nacional relacionado aos agravos em saúde, bem como o fato do trabalhador buscar diferentes portas de entrada nos serviços de saúde, a Prefeitura Municipal de Chapecó lançou a Resolução n. 004/2007. Esta torna “obrigatória a notificação compulsória de agravos a saúde do trabalhador para todos os serviços próprios da rede municipal, conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde e aos prestadores da rede privada de saúde de Chapecó” (p. 4).

Entre as vantagens desta forma de notificação se pode destacar que a mesma pode ser realizada de forma autônoma pelos serviços de saúde, sem passar pelas empresas com as quais os trabalhadores possuem vínculo empregatício. Outra vantagem é que estas notificações não se restringem aos trabalhadores formais segurados pela previdência social, e que podem ser realizadas por outros profissionais de saúde que não só o médico.

Apesar dos benefícios desta forma de notificação, na região estudada se observa que este registro do reconhecimento do nexu entre o trabalho e o agravo em saúde ocorre de maneira incipiente e irregular. Isso é destacado por profissional do CEREST quando diz: *“Nós inclusive temos uma resolução, que foi criada no ano de 2007, que veio para reforçar as atribuições dos profissionais da saúde do município, quanto aos processos de notificação. Porém, a resolução existe, mas não existe quem a regule né, quem faça tal exigência”*. Nesse sentido, os profissionais deste serviço destacam a subnotificação dos agravos a saúde do trabalhador no município. Este quadro pode ser observado nos dados de notificação do CEREST de Chapecó, os quais são destacados no quadro a seguir:

Quadro 6: Notificações referentes ao município de Chapecó - período de 2008 a 2010 (Elaboração da autora)

ANO 2008						
n° notif ·	Procedência das notificações			Doenças notificadas		
	CEREST	CS	HOSPITAL	Grupo F ¹	Grupo S ²	Grupos M ³ , G ⁴
247	212	35	-	2	9	190
ANO 2009						
183	5	34	144	-	104	41
ANO 2010						
12	*	*	*	-	-	12

1 Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99).

2 Lesões que são consequência de causas externas (S00-S99).

3 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99).

3 Doenças do sistema nervoso (G00-G99).

* Sem informação.

A partir do quadro anterior, podemos observar que em 2008, período em que o CEREST iniciou suas atividades em Chapecó, quando esse serviço ainda realizava assistência aos trabalhadores, ele foi o responsável por 86% das notificações do município que somaram um total de 247. Já no ano de 2009, o CEREST deixou de realizar assistência aos trabalhadores, sendo que o número de notificações caiu para um total de 183. Neste ano, o serviço que mais emitiu notificações foi um Hospital geral, sendo que se modificou também o perfil das doenças notificadas, entre as quais predominam as doenças do grupo S do CID, em que se destacam traumatismos e fraturas, indicando a prevalência da notificação de acidentes típicos. No ano de 2010 foram emitidas apenas 12 notificações no município, o que indica que elas praticamente deixaram de ser realizadas.

O predomínio na notificação de acidentes típicos em detrimento das doenças ocupacionais que ocorre neste contexto específico acompanha o cenário nacional, como pode ser observado no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (Ministério do Trabalho e Emprego, 2007). Em relação ao que motiva esta questão aponta o profissional do CEREST: *“Normalmente é muito mais fácil para os*

profissionais em saúde identificarem os acidentes de trabalho típicos, porque são mais característicos. Então, estas representam a maioria das notificações que chegam até nós, sendo que as doenças ocupacionais acabam tendo um registro muito menor devido a própria dificuldade em estabelecer o nexa”.

Em relação às doenças ocupacionais, outro aspecto que chama a atenção é a dificuldade de reconhecimento do nexa entre agravao em saúde e as doenças do grupo F do CID, que representam os Transtornos Mentais e Comportamentais. Assim, podemos observar no quadro acima que, das 442 notificações realizadas no período de 2008 a 2010, apenas duas são diagnosticadas como Transtornos Mentais e Comportamentais. Nesse sentido, o profissional do CEREST aponta: “*A gente sabe que estabelecer esse nexa do trabalho com a doença mental é muito difícil [...]. No entanto, a gente sabe também que a demanda de trabalhadores com adoecimento mental é muito grande hoje em dia, secundário ou não a uma doença. Então se a gente considerar que a saúde do trabalhador tem muito a avançar, a saúde do trabalhador na área da saúde mental tem muito mais. A gente percebe que primeiro os profissionais precisam se apropriar realmente do que é a saúde do trabalhador, para que depois eles tenham condições de se apropriar do que é a saúde do trabalhador relacionada com a saúde mental”.*

Ao encontro do que menciona o profissional do CEREST acerca da dificuldade de reconhecimento do nexa entre o trabalho e os agravos em saúde mental, destaca-se que os três trabalhadores usuários que foram afastados do trabalho com diagnósticos do grupo F do CID, não tiveram emissão de CAT e receberam auxílio-doença comum, mesmo que nas queixas apresentadas se observe relação com o trabalho. Essa dificuldade pode ser lida a partir do que aponta Jacques (2007) acerca da relação de causalidade que embasa a legislação que orienta a o estabelecimento do nexa previdenciário, mesmo que seja uma relação de multicausalidade. Nesse sentido, a relação causa e efeito que orienta a ação do profissional de saúde não dá conta da complexidade que envolve a saúde mental e sua relação com o trabalho em suas várias manifestações subjetivas. Nesse sentido, a atenção à saúde mental relacionada ao trabalho impõe desafios singulares na atenção à saúde do trabalhador, os quais serão abordados no item a seguir.

4.4 A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho

A saúde mental e a saúde do trabalhador constituem áreas programáticas do SUS, que devem perpassar todos os níveis de atenção

à saúde, tendo como norte o princípio da integralidade (Brasil, 1990). No entanto, de acordo com Bernardo e Garbin (2011), os problemas de saúde que envolvem esses dois campos historicamente foram atendidos em unidades especializadas das quais são exemplos os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e CEREST. Nesse sentido, a integração destas áreas no que diz respeito atenção aos problemas de saúde que se situam na fronteira entre ambas, apresenta-se como um desafio aos serviços de porta de entrada da rede de saúde como a atenção básica.

Quando as queixas em saúde mental assumem o protagonismo na busca de cuidado, uma das dificuldades observadas diz respeito à *dicotomização destas queixas com a atividade laboral* realizada pelos trabalhadores das linhas de produção das agroindústrias. Para abordar esta problemática partir-se-á dos percursos que as trabalhadoras 6 e 13 realizaram pela rede de saúde.

A trabalhadora 6⁶⁶ começou a trabalhar em uma agroindústria seis meses antes da realização da entrevista que concedeu para esta pesquisa. Seu ingresso na empresa coincidiu com a eclosão de um problema familiar que lhe trouxe várias dificuldades, inclusive de ordem financeira. Nesse ínterim, a entrevistada disse que se passou a se sentir ansiosa e a ter crises de choro durante o trabalho o que lhe atrapalhava na realização das atividades laborais: *“Então, na minha cabeça eu tinha só o problema, eu não podia trabalhar com aquele problema, daí no serviço eu fui ficando nervosa, por que era muito corrido, daí vem uma coxa você pega ela e vai fazendo, tem três segundos. Então eu tenho que ficar calma pra fazer bem feito, e o nervoso me atrapalha daí eu não consigo e dá vontade de sair correndo dali”*.

Cabe destacar que, assim como acontece com a maioria dos trabalhadores que ingressam na fábrica, a entrevistada se inseriu no setor de desossa, considerado um dos mais difíceis, como discutido no capítulo que trata do contexto de trabalho e saúde. Nesse sentido, a trabalhadora relatou dificuldades para se adaptar à função neste setor devido a aspectos como o ritmo intenso e a fiscalização, que levam a um intenso controle do trabalho: *“Eu estou lá em baixo na desossa, daí eu refilo coxa, só que tem que fazer rapidinho, é um motorzinho. [...] Daí o monitor ele quer as coxas bem feitas, mas é difícil porque tem que ter a mão bem levinha, passar a faca bem levinha, mas nós estamos em*

⁶⁶ As informações em relação a esta trabalhadora, além da entrevista e do prontuário da usuária, advêm também do acompanhamento do caso por meio das reuniões da equipe de ESF, tendo em vista que este caso estava sendo acompanhado por meio do projeto pró-saúde.

quatro na mesa que não estamos conseguindo fazer, às vezes eu tiro a carne muito grossa, daí eu vou lá e tento fazer de novo, e essa parte eu já fico nervosa porque dá show, hoje eu fiz duas gaiolas de show no final”.

O nervosismo de que fala a entrevistada pode ser relacionado ao que traz Dejours (2005) acerca da relação entre os ritmos impostos aos trabalhadores das linhas de (des)montagem e a ansiedade que resulta desta condição, especialmente quando ainda não há um domínio da atividade, como no caso relatado. Nesse sentido, o trabalho é impregnado pela ameaça de não acompanhar o ritmo, de não conseguir desempenhar bem a função e de que isso resulte na perda do emprego. Assim fala a trabalhadora: *“Se continuar assim daqui uns dias vão acabar me mandando embora porque estão vendo que eu não estou conseguindo, porque uma pessoa estraga toda mesa, só que eu não posso sair de lá agora porque eu preciso do dinheiro”.*

A trabalhadora também menciona as dificuldades em relação ao turno de trabalho que inicia de madrugada: *“Eu deveria dormir cedo, lá pelas oito horas pra poder dormir bem pro outro dia, mas com frequência eu não consigo, às vezes eu vou dormir nove ou dez horas, aí chegou quatro e pouco da manhã e tem que levantar. Daí muitas vezes de medo de não acordar eu acabo não conseguindo dormir”.*

No horizonte das colocações acima, observa-se que às dificuldades originadas pelo problema familiar se agregam e potencializam as dificuldades geradas pela organização e aos modos de trabalho na linha. Assim, a relação entre trabalho e saúde mental não se reduz ao contexto laboral ou as características subjetivas do trabalhador, mas nas formas pelos quais ambos se articulam, na direção do que afirma Jacques (2007). A entrevistada compreende e acena para esta relação quando diz: *“Eu acho meu Deus que deve ser do lugar, porque eu já trabalhei em muitos lugares e não foi assim. Quando eu entrei lá a primeira vez pra visitar o setor, que eu olhei aquelas carnes penduradas, aquilo tudo já me deu um negócio de ver, mas mesmo assim eu pensei, já que eu estou aqui, vou experimentar. Mas agora eu me vejo lá fechada, lá sempre parece noite e aquela carne rapidinho e você tem que fazer bem feito, então aquele lugar vai te ansiando, vai te deixando nervoso. Isso daí complicou, junto tudo, uma coisa com a outra, o problema que eu não resolvia e o serviço que eu não conseguia fazer”.*

A entrevistada apontou também observar que outros trabalhadores do setor apresentam a mesma dificuldade em relação ao trabalho quando vivenciavam um problema originado fora deste

contexto: *“Isso não acontece só comigo, pode perguntar pra qualquer um quem tem um problema, lá não você não consegue resolver, o problema fica pior, por causa do tipo do trabalho. Em outros lugares você se distrai, mas lá você não consegue pensar, é muito rápido e só trabalho com carne e com faca”*. Nesse sentido, o trabalho intensificado e repetitivo que não possibilita o exercício da atividade intelectual, da atividade fantasmática como diz Dejours (2005), ou o estabelecimento de relações de apoio social, desumaniza o trabalhador que mergulha no seu sofrimento. Ou aproximando do que diz Canguilhem (2002), não possibilita ao trabalhador, a partir deste contexto, criar estratégias para lidar com as adversidades do meio, as quais são sinônimo de saúde.

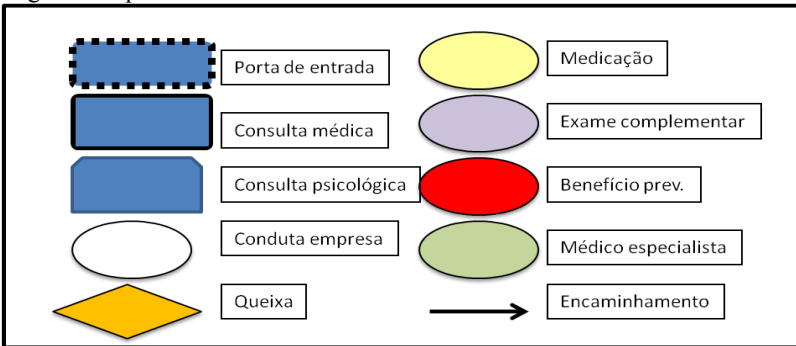
Tendo em vista a dificuldade para realizar as atividades no setor de desossa, a entrevistada mencionou que procurou a supervisora a fim de mudar de atividade, para um setor em que o trabalho fosse mais fácil: *“Eu falei pra supervisora, que se der pra me mudar de setor que ela me mude que eu não consigo fazer o trabalho, eu fico nervosa [...], daí ela disse ‘não você tem que tentar mais um pouco, você está nervosa e não pode misturar uma coisa com a outra’. Daí eu estou tentando mais um pouco só que eu estou vendo que eu não vou conseguir”*. A fala da supervisora indica a redução da dificuldade apresentada ao problema familiar, em que se invisibiliza a relação dela com o trabalho realizado na linha.

Como o sofrimento não é acolhido no contexto de trabalho, e não se reconhece a implicação da atividade laboral na produção deste, a trabalhadora recorreu ao serviço público de saúde como uma alternativa possível para lidar com a dificuldade. Nesse sentido, para dar voz ao sofrimento e conseguir auxílio, a trabalhadora se lança ao domínio do medicalizável, ou seja, da patologia, do diagnóstico médico, da terapêutica (NETO & CAPONI, 2010). Nesse sentido, a *medicalização das manifestações de sofrimento psíquico* amplia o espectro de intervenção dos profissionais de saúde para toda a dificuldade do trabalhador que prejudique sua performance laboral. Assim, a trabalhadora realiza consulta médica no Centro Integrado de Saúde, momento em que começa o mapa de percurso descrito a seguir.

Figura 5: Mapa de percurso da trabalhadora 6 (elaborado pela autora)



Legenda mapa



Os registros no prontuário de saúde da trabalhadora anteriores ao início do percurso registrado no mapa, indicam que ela começou a fazer uso do CIS em 2006, tendo realizado um total de vinte e três atendimentos neste período. Estes se dão no âmbito da saúde da mulher dentro do que aponta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004d), como exames preventivos, dispensação de contraceptivo e queixas ginecológicas.

Em relação à primeira consulta que traz o mapa, a trabalhadora usuária relata: “*Eu vim aqui na unidade daí eu disse pro médico que eu estava muito nervosa, que eu não podia trabalhar, que eu não podia dormir porque eu não dormia de noite, tinha medo de perder o horário. Daí ele disse, então vou te dar esse remédio que é pra ti dormir bem e ficar tranquila e dois dias pra você descansar em casa e depois voltar. Aí na segunda eu voltei e estava do mesmo jeito, daí eu voltei ali e consultei, dessa vez com outro médico que disse que era pra eu continuar tomando o remédio*”. Em relação a esta inserção, no registro em seu prontuário consta: “*Paciente queixando-se de ansiedade, labilidade emocional ‘chora durante o trabalho’. Trabalha em agroindústria. Insônia. Conduta: Antidepressivo, atestado para dois dias*”.

A busca de auxílio no serviço de saúde e as ações terapêuticas realizadas neste indicam como os problemas do trabalho e os problemas cotidianos passam a ser definidos em termos de saúde e doença e tratados com fármacos, refletindo, como dizem Baroni, Vargas e Caponi (2010), uma estratégia biopolítica de controle social com pretensão normalizadora. Assim, a assistência realizada na atenção básica centra as ações sobre o trabalhador e seu corpo, de forma totalmente desvinculada do contexto laboral, da mesma forma como ocorre com as

LER/DORT. Nesse sentido, o uso do psicofármaco, em vez de atuar na origem dos conflitos, busca impedir suas manifestações, as quais atrapalham o exercício da atividade profissional significando desvio da norma de comportamento esperada como afirma Canguilhem (2002).

Diante da ineficácia da estratégia terapêutica para lidar com o sofrimento, depois de algum tempo a trabalhadora relatou ter procurado auxílio novamente junto a sua supervisora da linha de produção. Esta, por sua vez, a encaminhou para o médico do trabalho, como pode ser observado no relato a seguir: *“Daí eu fui falar com a supervisora, que eu estava com problema que eu não podia resolver e não podia trabalhar bem com aquele problema, daí foi ali que ela me disse que era pra eu consultar, então eu fui no médico da empresa”*.

O encaminhamento do funcionário que sofre ao serviço de saúde denota, entre outras questões, a falta de autonomia das chefias imediatas para lidar com as dificuldades em saúde relacionadas ao trabalho. Nesse sentido, como apontam Brant e Minayo-Gomez (2005), ocorre uma transferência da responsabilidade para o setor de saúde da empresa, o que caracteriza a medicamentação da saúde do trabalhador que transforma os problemas laborais em dificuldades de saúde passíveis de intervenções técnico assistências direcionadas ao corpo do trabalhador.

Caso semelhante é relatado por outro trabalhador em relação a essa delegação das dificuldades do trabalho ao setor saúde: *“Eu falei pro chefe, não dá mais, eu não segurava mais a faca na mão [...], ele é bem meu amigo, nós nos criamos juntos no interior, daí como ele me conhecia há anos, ficou com pena de mim. Ele me disse ‘meu Deus, se eu pudesse fazer alguma coisa por você’, só que lá é assim, ele falou que a única coisa que ele podia fazer era me encaminhar lá falar com a médica”* (Trabalhadora 5).

Retomando o percurso da trabalhadora 6, na consulta com o médico do trabalho realizada por orientação da supervisora de linha, a entrevistada relata que o profissional de saúde lhe deu um diagnóstico em relação ao problema e dispensou medicação, assim como fez o profissional de saúde do CIS: *“Ele disse que eu estava entrando em depressão, que era pra eu continuar tomando o remédio que o médico do posto me deu e acrescentou mais outro [fala o nome de um ansiolítico] pra eu tomar três vezes por dia. Ele disse que se eu continuasse a me sentir mal eu deveria procurar a psiquiatra do convênio”*. Aqui vemos entrar em cena novamente o especialista, que no caso da saúde ou “doença” mental é o psiquiatra.

A conduta dos profissionais de saúde e gestores indicam que apesar da trabalhadora relatar o sofrimento oriundo de problemas concretos e passíveis de intervenção como o turno de trabalho, a dificuldade de executar a tarefa, a dificuldade familiar, todos os encaminhamentos ocorrem no sentido de calar o sofrimento manifesto. E para isso, como diz Birman (2002), os fármacos são o instrumento terapêutico por excelência, ao atender os anseios da sociedade pela funcionalidade, neste caso expresso pela capacidade laboral.

Diante do diagnóstico de depressão e do encaminhamento do médico do trabalho, a entrevistada recuou momentaneamente na busca de cuidado junto aos serviços de saúde pelo significado que isso assumiu, como ela menciona: *“Daí eu pensei, meu Deus, se já estão me colocando na psiquiatra então eu já estou quase louca, é melhor parar antes de deixar me levar por isso que eu estou sentindo. Eu tinha que pensar que meus filhos precisam de mim, a minha casa, tudo, tinha que deixar pra ficar doente mais pra frente, eu comecei a pensar mais positivo”*. Observa-se que a partir do diagnóstico médico, da medicamentação do sofrimento e do encaminhamento para o especialista em saúde mental, se começa a construir como dizem Brant e Minayo-Gómez (2007), o lugar social de doente. Ao recusar este lugar, a trabalhadora assume para si, de forma individual, a tarefa de lidar com a dificuldade em saúde.

Aproximadamente dois meses depois do primeiro atendimento no CIS com as queixas anteriormente descritas, a trabalhadora usuária voltou novamente a este serviço em busca de atendimento em busca de um atestado para se afastar do trabalho. Nesse sentido, ela relatou que estava com dificuldade de trabalhar e que havia procurado novamente o médico da empresa, o que indica que sua estratégia para lidar com a dificuldade não estava funcionando.

Quanto ao encaminhamento do médico do trabalho a entrevistada mencionou: *“O médico da empresa achou melhor eu marcar de uma vez a psiquiatra, só que ela só tinha consulta para três meses depois. Mas o médico disse que eu tinha que continuar a trabalhar pra ver o que eu ia conseguir fazer no serviço, ver se eu ia ficar mais nervosa, se eu ia conseguir pra saber o que eu tinha, daí eu voltei pro serviço. Ele disse que trabalhar seria bom pois distrai, se fosse outro trabalho pode até ser, em um lugar aberto, que conversasse com gente, mas ali só se lida com faca e carne crua”*. Assim, sem outra possibilidade de lidar com a dificuldade e vendo no afastamento do trabalho uma alternativa para tanto, a trabalhadora aceita assumir o lugar de doente, do qual esta ação depende.

Após atendimento com o médico do CIS, a trabalhadora conseguiu um atestado para cinco dias e um agendamento com o psiquiatra do convênio, o qual foi intermediado pelo profissional de saúde do Centro de Saúde. Nesse sentido, cabe apontar que o principal motivo do atendimento psiquiátrico era poder realizar o afastamento do trabalho que de acordo com a política das empresas precisa ser efetuado por médico especialista. No atendimento realizado pelo psiquiatra do convênio este lhe afastou do trabalho por trinta dias e acrescentou ao antidepressivo e ansiolítico que a usuária estava fazendo uso, um medicamento antipsicótico.

No atestado emitido pelo profissional anteriormente citado constava o código F32.2 do CID-10, que se refere a episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (OMS, 2011). Nesse sentido, a conduta adotada pelo psiquiatra, se possibilita, por um lado, o acesso do trabalhador ao sistema de seguridade social, o que lhe traz uma estabilidade financeira, mesmo que momentânea, isso se dá à custa da construção do rótulo do *diagnóstico psiquiátrico* e de uma prescrição abusiva de medicamentos. Essa ganha contornos especiais na interface entre saúde mental e trabalho, já que para as queixas de saúde mental o medicamento frequentemente é a única oferta terapêutica disponível nos serviços de saúde e já que a emissão de atestados para o trabalhador formal é indissociável da prescrição medicamentosa como apontado anteriormente.

Ao problematizar o diagnóstico e a prescrição adotada pelo médico psiquiatra junto a um médico da Estratégia de Saúde da Família, este comenta: *“Provavelmente o psiquiatra deu esse diagnóstico porque isso dificultaria que o atestado que ele emitiu fosse refutado pelo médico do trabalho e do INSS, já que foi dado por um especialista. Se eles não aceitarem vão ter que arcar com a responsabilidade se algo acontecer com o paciente”*. Nesse sentido, como diz Jacques (2007), a necessidade de enquadrar a queixa do trabalhador usuário em uma classificação psicopatológica constituída em termos de sintomas e sinais para viabilizar o afastamento do trabalho, encobre o sujeito e seu sofrimento, reduzindo-o à doença.

Assim como acenou o médico, face ao diagnóstico do psiquiatra a indústria à qual se vinculava a trabalhadora acatou o período de afastamento sugerido pelo profissional da rede privada e encaminhou a trabalhadora para o INSS como auxílio doença comum e não acidentário, ou seja, *não se estabeleceu relação entre o “agravo” e a atividade profissional*. A perícia médica deste serviço também acatou o

encaminhamento do médico especialista e a indicação de auxílio doença comum da empresa.

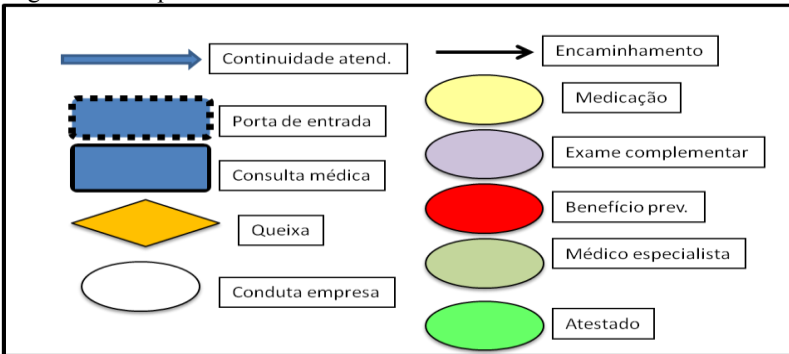
A necessidade da produção do diagnóstico médico para legitimar as ações no campo da saúde do trabalhador sela o lugar de doente do trabalhador ante os serviços de saúde, e evidencia a depressão, nome frequentemente dado às queixas em saúde mental, como indicador epidemiológico de saúde deste grupo ocupacional. Essa questão é reconhecida pelos profissionais de saúde como menciona o profissional do INSS: “*A questão da saúde mental é um problema, já que tudo que chega aqui se chama de depressão*”. Neste sentido, como diz Coser (2003), aplica-se este diagnóstico a tudo que melhora com antidepressivo. Assim, observa-se a fragilidade que perpassa a produção dos diagnósticos na atenção à saúde mental relacionada ao trabalho, bem como o centramento deste campo nas ações assistenciais.

Na mesma direção do que ocorre com a trabalhadora 6, o percurso da trabalhadora 13 pela rede de saúde denota a dicotomização entre as queixas em saúde mental e atividade laboral na assistência realizada nos serviços públicos e privados. Neste segundo caso, quando a queixa em saúde mental assume o protagonismo da dificuldade da trabalhadora que chega ao serviço de saúde, tal queixa é desvinculada do problema osteomuscular e da atividade ocupacional realizada pela trabalhadora. Nesse sentido, apresenta-se a seguir o mapa de percurso da referida trabalhadora:

Figura 6: Mapa de percurso da trabalhadora 13 (elaborado pela autora)



Legenda do mapa



A trabalhadora 13, na ocasião da entrevista estava afastada do trabalho há três meses com diagnóstico de depressão, recebendo auxílio doença comum. Esta trabalhadora atuava há 4 anos em uma agroindústria, dos quais por dois anos e meio durante o turno da madrugada. Em relação ao seu horário de trabalho a usuária menciona que alguns meses depois de ingressar no emprego começou a apresentar alterações do sono: *“Eu trabalhava das três da manhã até o meio dia, daí eu tinha que levantar as duas, porque eu pegava a lotação às duas e meia. Daí eu tinha que dormir cedo, mas eu não conseguia, a noite que eu mais dormia eram quatro horas e eu chegava em casa do trabalho, eu não conseguia dormir”*.

Tendo trabalhado aproximadamente dois anos nesta condição a entrevistada disse que os colegas e familiares percebiam e lhe apontavam suas alterações de humor: *“Eu só sentia muito cansaço, mas quem estava perto de mim dizia que eu estava muito nervosa, mas para mim eu estava normal entende”*. Nesse sentido, a trabalhadora mencionou ter solicitado ao supervisor da linha várias vezes a troca de turno frente à dificuldade, sem ser atendida: *“Eu pedi várias vezes para o supervisor me trocar, mas ele não de dava ouvidos, fingia que não escutava, eu acho que é porque eles precisavam de gente nesse horário”*. Em relação ao trabalho realizado em turno noturno vale apontar que estudos como os de Régis Filho (2002), Rios, Barbosa e Belasco (2010), Vargas e Dias (2011) reconhecem a existência de relações entre o mesmo e danos físicos e psíquicos nos trabalhadores, como manifestações agudas de insônia, transtornos de humor, depressão entre outros, os quais são semelhantes à situação relatada pela trabalhadora entrevistada.

Em função das dificuldades acima relatadas, a trabalhadora mencionou ter procurado o médico do trabalho da empresa: *“Daí eu fui lá no doutor e ele me deu remédio pra me ajudar a dormir, deu esse aqui, só que não adiantou, eu continuei sem conseguir dormir, daí eu tomei por uns quatro meses e mesmo assim não dormia”*. Essa forma de se produzir o cuidado é tecida em meio a medicalização da saúde do trabalhador, em que o psicofármaco torna-se um operador do poder da indústria, uma estratégia e uma forma de assujeitamento, na direção do que menciona Foucault (2005).

Semelhante à queixa da trabalhadora 6, frente a dificuldade para dormir ocasionada pelo trabalho noturno, ao invés de realizar a troca de turno, o médico faz a intervenção sobre o corpo do trabalhador. Assim, o fármaco novamente assume a função de adaptar o trabalhador à condição laboral e atender as demandas de produção já que como a trabalhadora relata, faltavam funcionários no turno da madrugada, o que é reiterado por outros trabalhadores entrevistados.

Esta trabalhadora, assim como os demais participantes deste estudo, se sujeitou a terapêutica empregada pelo profissional de saúde; no entanto, como esta não resolveu as alterações do sono ela procurou novamente o supervisor da linha: *“Quando eu vi que nem o remédio adiantava, eu fui falar com supervisor de novo, daí eu o ameacei, eu disse que eu estava tomando remédio e mesmo assim não estava adiantando e que se ele não me mudasse de turno eu ia falar com o chefe dos médicos [referindo-se ao coordenador do SESMT], daí ele me mudou”*. Após a mudança de turno a trabalhadora mencionou que seu sono voltou à normalidade, o que indica a relação direta da dificuldade com a condição de trabalho.

Além da alteração do sono a entrevistada relatou que sentia dores em um dos braços as quais teriam iniciado com aproximadamente seis meses de trabalho. Nesse sentido, a trabalhadora mencionou que procurou auxílio na SESMT da empresa, por meio do qual foi encaminhada para o ortopedista do plano de saúde privado: *“Faz quase dois anos que eu comecei a tratar o braço, que a dor estava mais avançada, daí eu fui no ortopedista, mas antes tive que passar pelo médico da empresa, daí ele me encaminhou para o ortopedista deles”*.

Em relação ao médico ortopedista, como pode ser observado no mapa de percurso acima, este realizou ultrassonografia do braço a qual apontou como resultado “tendinopatia no tendão epicodiliano”, agravo classificado entre as LER/DORT como destacam Assunção e Vilela (2009). O profissional de saúde também prescreveu medicamento analgésico e anti-inflamatório e emitiu um atestado para dez dias de

afastamento, reproduzindo as mesmas ações terapêuticas que conduzem ao obscurecimento da dor.

De acordo com a trabalhadora, ela seguiu tomando a medicação prescrita inicialmente pelo médico ortopedista e posteriormente se automedicando, sendo que no início de 2009, cerca de um ano depois da consulta com o referido profissional de saúde ela mencionou ter retornado ao SESMT da empresa com queixas de dores osteomusculares. Nesse sentido, foi realizado um novo encaminhamento para o ortopedista, que repetiu os mesmos procedimentos realizados no ano anterior, sendo eles, ultrassonografia do braço, a qual apresentou o mesmo resultado, prescrição de analgésico e anti-inflamatório e atestado de oito dias para afastamento do trabalho. Neste percurso vemos se repetir as questões discutidas anteriormente, em que os encaminhamentos para estes especialistas são controlados pelas empresas e o cuidado produzido neste contexto se limita a procedimentos técnico-assistenciais com vistas a manter o funcionário ativo na linha de produção.

A trabalhadora mencionou então, que por orientação de uma colega de trabalho, marcou consulta com um neurologista do plano privado de saúde, o qual a afastou do trabalho por cinco meses. O encaminhamento de afastamento foi aceito pela empresa que; no entanto, o formalizou como auxílio-doença comum, o qual foi alterado pela perícia do INSS para auxílio-doença acidentário, por reconhecimento do nexo entre o agravo e o trabalho realizado.

Durante o período em que estava afastada do trabalho, em março de 2009 como descreve o mapa de percurso anterior (p. 214), a trabalhadora usuária realizou consulta médica no CIS, cujo registro no prontuário indica: “Paciente está afastada do trabalho. Apresenta sinais de ansiedade e queixa de dor no braço direito”. Em relação à conduta, são prescritos dois medicamentos, um anti-inflamatório esteróide e um anti-inflamatório não esteróide. Neste atendimento realizado na atenção básica, se observa que além da queixa de dor osteomuscular, a trabalhadora usuária começou a trazer queixas em saúde mental. No entanto, a terapêutica restrita ao consumo de fármacos se reproduz.

Quatro meses mais tarde, em julho de 2009, ocasião em que a trabalhadora já havia retornado ao trabalho do afastamento, esta realizou nova consulta médica no CIS em que se registrou no prontuário: “sinais de depressão e ansiedade. Conduta: Antidepressivo”. Nesse sentido, se observa que ao longo do percurso a queixa em saúde mental vai assumindo o centro da busca do trabalhador por cuidados em saúde.

Novamente a terapêutica adotada foi medicamentosa, desta vez com a indicação de um psicotrópico.

Em junho de 2010, onze meses depois da última consulta no CIS, a usuária retornou a este serviço para consulta médica, tendo sido registrado em seu prontuário: “Transtorno dissociativo depressivo. Conduta: contato telefônico com psiquiatra do CAPS que orienta prescrição de Imipramina e Carbamazepina⁶⁷. Encaminhada para o CAPS”. Cabe destacar que assim como o encaminhamento para ortopedista, o encaminhamento ao psiquiatra da rede pública de saúde se evidenciou nas entrevistas e observações, como sendo muito demorado. Provavelmente foi tendo em vista esta demora que o profissional da atenção básica entrou em contato com o especialista do CAPS. Um mês depois desta consulta, em 20/07/2010 a trabalhadora usuária retornou ao Centro de Saúde, sendo que consta no prontuário: “renovação de medicação (Imipramina e Carbamazepina), paciente relata estar bem”.

No entanto, oito dias depois do atendimento acima referido, em 28/07/2010 há um novo registro no prontuário, desta vez de uma consulta de enfermagem em que consta: “*Paciente refere sentir-se deprimida e com taquicardia, planeja atirar-se debaixo de um carro, porém, pensa na família, relata que a família não merece estar passando por isso, mas que ela não consegue parar de pensar em se suicidar. Realizada orientação*”. Após o atendimento anteriormente referido, a trabalhadora mencionou ter realizado consulta no psiquiatra do convênio que lhe afastou do trabalho por quatorze dias, com o diagnóstico de depressão, atestado que foi aceito pela empresa. O percurso da trabalhadora pela rede de saúde indica que sua dificuldade foi se agravando e a queixa em saúde mental passou a protagonizar a busca de auxílio nos serviços de saúde, mesmo com a coexistência do transtorno osteomuscular. Nesse sentido, pode-se relacionar a cronificação do quadro de saúde à assistência realizada nos serviços públicos e privados.

Nesta forma de realizar a atenção à saúde do trabalhador, o uso das “tecnologias duras” como os medicamentos e os exames substituem as formas de atenção mais reflexivas em relação aos modos de vida, centradas nas tecnologias relacionais fazendo como dizem Ignácio e Nardi (2007, p. 91) “... eco a forma de apresentação do poder que se baseia no assistencialismo, na dependência e no individualismo”. Assim, as forma como acontece à atenção a saúde mental relacionada ao

⁶⁷ O primeiro fármaco é um anti-depressivo tricíclico e o segundo um anti-epilético.

trabalho reafirma a medicalização como estratégia biopolítica de controle da vida.

Em 16/08/2010 a trabalhadora usuária retornou ao CIS para nova consulta médica. Em relação à mesma está registrado em seu prontuário: “Paciente tem transtorno dissociativo depressivo. Fez escândalo na porta do consultório para se atendida antes dos demais pacientes, foi passada na frente, chorou, fez encenação dizendo que estava muito mal, pois tem um problema crônico no ombro (tendinopatia) e está com dor. Mostrou um exame antigo que mostra tendinopatia de ombro e epicondilite de cotovelo. Após exame físico a paciente pediu outro atestado alegando que o seu está vencendo. Há ganho secundário. Conduta: Diclofenaco⁶⁸, Ibuprofeno⁶⁹, Ciclobenzaprina⁷⁰, atestado para noventa dias. CID F44, F32, M79.1⁷¹”. Ao apontar o ganho secundário, evidencia-se novamente a desconfiança do profissional de saúde em relação à queixa da trabalhadora e os tabus que a busca do atestado geram nos profissionais da rede. Isso também pode ser compreendido como efeito da falta do vínculo e do acompanhamento efetivo na relação terapêutica.

Com o atestado do CIS a trabalhadora retornou à indústria onde foi encaminhada para nova consulta com o psiquiatra do convênio. Este lhe forneceu um atestado com diagnóstico de depressão e noventa dias de afastamento do trabalho. O atestado foi aceito pela empresa que encaminhou o afastamento como auxílio doença comum, o que foi mantido pela perícia médica do INSS. Este encaminhamento, além dos interesses das indústrias em que não se estabeleça o nexos, evidencia a dificuldade em considerar o percurso anterior pela rede de saúde e a história clínica da trabalhadora usuária.

Nessa forma de atuação da perícia previdenciária, a ênfase na avaliação do nexos frente à dificuldade em saúde mental relacionada ao trabalho, recai na patologia, a qual se sobrepõe ao sujeito e seu processo de adoecimento (Vasques-Menezes, 2004). Nesse sentido, a compreensão da patologia no campo da saúde mental como dizem Sato e Bernardo (2005) ainda é atravessada pela perspectiva de que estes problemas residem na esfera intra-individual.

Apesar de o nexos entre trabalho e agravo não ser reconhecido oficialmente pelos serviços de saúde, a trabalhadora percebe o mesmo

⁶⁸ Anti-inflamatório não-esteróide.

⁶⁹ Anti-inflamatório não-esteróide, analgésico e anti-pirético.

⁷⁰ Relaxante muscular

⁷¹ Transtornos dissociativos (de conversão), Episódio depressivo e Mialgia (OMS, 2011).

quando relata o motivo de seu sofrimento psíquico. *“Pra te dizer a verdade começou a dor no meu braço, e do braço começou a depressão. É que na seladora onde eu trabalhava, é um tanto assim longe [indica distância], da gaiola em que eu tinha que jogar as embalagens, daí eu ia pegar a embalagem e ela me caía, eu não tinha força na mão. Perdi a força do braço, e dali eu acho que começou a minha depressão, porque eu pensava que eu ia perder o meu braço, eu acho que coloquei isso na minha cabeça, não sei eu imagino que seja isso”*.

Na direção do que é apontado anteriormente, a trabalhadora relata o mal-estar ocasionado pela perda da capacidade laboral: *“É difícil você viver se você não ter força pra fazer as coisas, é complicado. O dia que eu lavo a roupa eu só lavo a roupa. Se eu lavar roupa onze, onze e meia da manhã eu já estou na cama. É complicado, porque eu trabalhei minha vida inteira e não dependi de ninguém pra fazer nada. Eu trabalhava fora, trabalhava em casa, cuidava dos meus filhos. E agora eu não consigo nem cuidar de mim, eu sempre ensinei meus filhos que a gente pelo menos tem que se sustentar pra gente sobreviver nesse mundo e eles aprenderam essa lição, e daí eu agora só com quarenta e cinco anos não tenho mais força pra me sustentar, trabalhar para sobreviver, eu não aceito isso”*. A fala da trabalhadora denota como a LER/DORT ameaça a possibilidade de subsistência por meio do trabalho, mas, especialmente a autonomia e o reconhecimento do lugar social de trabalhador, o que mantém uma relação evidente com seu processo de adoecimento.

Seguindo o mapa de percurso da trabalhadora, este indica que após consulta com o psiquiatra do convênio e afastamento do trabalho a trabalhadora usuária retornou ao CIS para nova consulta médica. Em relação à mesma consta o registro em seu prontuário: *“Paciente diz que consultou com psiquiatra da empresa e que esta lhe trocou a medicação. Transcrevo receita de Amitriptilina⁷² prescrita pela psiquiatra”*. A última consulta registrada no mapa de percurso foi realizada em outubro de 2010, em que novamente o registro do prontuário indica transcrição de receita do psiquiatra. Neste sentido, observa-se que um dos efeitos da falta de reconhecimento do nexos entre trabalho e agravos em saúde mental é que isso leva a um maior uso da rede pública de saúde, sem responsabilização das empresas. Assim, o profissional da atenção básica repete consultas para permitir ao trabalhador o acesso aos medicamentos prescritos nos serviços privados de saúde.

⁷² Antidepressivo tricíclico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender como se produz a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias do Estado de Santa Catarina. Nesse sentido, o contexto da atenção à saúde dos trabalhadores se delineou como um campo de relações de poder e dominação, que tem nos serviços de saúde um palco onde os protagonistas deste processo travam suas lutas, a partir de interesses distintos. Estas lutas têm como pano de fundo a constante tensão entre o estado de saúde de indivíduos e coletivos, e as normatizações no campo da saúde que objetivam o governo da vida, evidenciando a sobreposição entre saúde e norma de que fala Canguilhem (2002).

As normatizações na atenção à saúde do trabalhador se dão por meio do Estado, com as políticas de saúde, mas no caso do estudo realizado, desempenham um papel importante também as instâncias não estatais de que falam Rabinow e Rose (2006), as quais produzem conexões mas também choques com as primeiras. No âmbito deste estudo, essas instâncias são constituídas especialmente pelas indústrias de alimentos e pelos serviços de saúde privados, que têm na medicalização da saúde um importante dispositivo de controle da força de trabalho.

Por meio deste trabalho observou-se uma estreita relação entre a atividade produtiva nas agroindústrias e a saúde dos trabalhadores do setor que fazem uso dos serviços de saúde, o que constituiu um dos objetivos específicos deste trabalho. Nesse sentido, o contexto laboral no setor agroindustrial é marcado pelos diferentes dispositivos de controle do trabalho, com vistas à produtividade em que se observa uma ordem definida principalmente em termos econômicos, como afirma Bauman (2004). Esta permite ao setor agroindustrial tornar-se competitivo e se expandir ganhando relevância na produção industrial brasileira e mundial, tornando-se a base da economia da região em que o estudo foi realizado.

Por meio das falas dos trabalhadores, foram identificados diversos elementos que caracterizam um sistema produtivo organizado para obter o desempenho máximo dos trabalhadores na linha, mesmo que isso se dê à custa de um trabalho que traz danos à saúde dos trabalhadores. Observou-se assim um processo de intensificação do trabalho realizado nestas fábricas, que congrega um conjunto de técnicas de coerção de tempo, do espaço, dos movimentos dos trabalhadores.

A intensificação do trabalho ocorre por meio das características do processo de trabalho que congrega aspectos do Taylorismo/Fordismo

como a divisão pormenorizada do trabalho aliada ao uso de nórias e altas metas de produção, com estratégias do modelo japonês como os métodos utilizados para o controle de qualidade. O processo de intensificação do trabalho nessas fábricas também está relacionado à diferença no desempenho dos trabalhadores em função da alta rotatividade no setor, que gera a presença constante de trabalhadores novos que ainda não dominam a atividade, bem como a presença de trabalhadores adoecidos que não conseguem ter o mesmo desempenho laboral dos demais, o que ocorre sem que haja redução nas metas de produtividade coletivas. Por fim, a intensificação do trabalho também está relacionada ao quadro funcional incompleto em função dos afastamentos dos trabalhadores, devido aos problemas de saúde relacionados ao trabalho, bem como ao absenteísmo.

A maximização do desempenho nestes contextos produtivos também pode ser relacionada aos modos de gerir os tempos de trabalho no interior das indústrias, em que se observa um prolongamento da jornada laboral devido à realização de horas extras. Este prolongamento ocorre ainda em função da não consideração do período para troca de roupas, ao tempo de deslocamento de trabalhadores de outros municípios, da não realização de intervalos obrigatórios, bem como devido à necessidade de permanecer dentro da fábrica durante os intervalos intrajornada.

Esses modos de gerir os tempos de trabalho aumentam o período de exposição dos trabalhadores aos riscos inerentes as atividades do setor, bem como influenciam de forma negativa os outros tempos da vida, submetendo-os aos tempos da fábrica. Na mesma direção, os trabalhos em turnos e noturno, característico dessas agroindústrias que funcionam 24 horas por dia, dificultam a conciliação trabalho-família, bem como se mostram relacionadas às alterações do sono nos trabalhadores usuários dos serviços de saúde.

O contexto sociolaboral foi outro aspecto que se destacou junto aos trabalhadores das agroindústrias. Esse conta com estratégias gerenciais de controle do trabalho bastante tradicionais que se aplicam predominantemente sobre o corpo do trabalhador. Assim, as indústrias do setor apresentam um sistema de gestão vertical marcado pela rígida hierarquização das funções e pela ausência de participação dos trabalhadores da linha em relação às decisões organizacionais. Os modos de controle implementados pela gerência tem como efeito relações de trabalho hostis, principalmente diante da perda da capacidade laboral perante a doença. Este controle também incide sobre a atuação sindical da categoria dificultado a constituição de espaços de

participação coletiva dos trabalhadores. No entanto, é também nesta dimensão do contexto de trabalho que se produzem, mesmo que de maneira tênue, formas de resistência dos trabalhadores ao poder destas indústrias. As formas de resistências que se destacaram neste estudo se dão por meio da recusa ao trabalho e ao controle sobre esse. No entanto, a vitória da chapa de oposição ao sindicato da categoria que ocorreu no final de 2010 e não pode ser explorada neste trabalho, indica a constituição de outros modos de resistência coletiva desses trabalhadores.

Muitos dos riscos deste contexto laboral como a repetitividade e a exposição a baixas temperaturas, associados à alta incidência de agravos, como as LER/DORT nos trabalhadores do setor, já são reconhecidos Ministério Público do Trabalho e Ministério do Trabalho e Emprego que vêm tentando regulamentar as atividades do setor. No entanto, observou-se por meio das entrevistas realizadas que a gestão destes riscos laborais dentro das fábricas é parcial e fragmentada, em que priorizam-se as medidas que exercem menor impacto sobre a produção, e as mais visíveis nas ações de fiscalização da vigilância em saúde.

A forma como se organizam e funcionam estes contextos laborais, produzem grande demanda dos trabalhadores do setor por assistência à saúde, o que está relacionado ao segundo objetivo específico proposto neste estudo. Este se dá em torno de investigar como se constituem as demandas destes trabalhadores nos serviços de saúde. Nesse sentido, os problemas oriundos do trabalho, que não têm espaços para serem discutidos e resolvidos neste, assumem a característica de problema individual do trabalhador usuário e se constituem em demandas para a clínica médica nos serviços públicos e privados de saúde.

Assim, observam-se práticas assistenciais que conduzem ao obscurecimento da dor, principal dificuldade reconhecida pelos trabalhadores usuários dos serviços de saúde. A ênfase na queixa de dor também representa um efeito do domínio do modelo biomédico, orientado para a intervenção no corpo físico individual que retrate a doença de maneira objetiva.

Diante da queixa de dor, a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias realizada nos serviços públicos e privados está pautada especialmente em torno de alguns procedimentos específicos. Entre estes se destacaram a medicamentação, os exames complementares, a mudança de função, a fisioterapia e a emissão de atestados médicos para afastamentos do trabalho. A análise destes

procedimentos vai ao encontro do terceiro objetivo específico, por meio do qual se buscou compreender as ações que se realizam na rede de saúde em torno das demandas apresentadas por esses trabalhadores.

A prescrição e o consumo de medicamentos pelos trabalhadores usuários emergem nesta pesquisa como a conduta terapêutica mais presente para manejar as dificuldades em saúde ao longo dos percursos pela rede. O consumo de fármacos se dá a partir da prescrição do profissional médico. O uso de fármacos também é incorporado pelos trabalhadores usuários por meio da automedicação, caracterizando o que Boltanski (1989) chama de medicina imitativa. Nesse sentido, a automedicação tende a reproduzir as prescrições médicas anteriores que ocorrem no contato entre os trabalhadores e os serviços de saúde.

Ao atuarem na regulação do mal-estar, os fármacos se tornam um recurso acessível e que permite o rápido reestabelecimento para o trabalho. Os medicamentos atuam, assim, como um dispositivo biopolítico que favorece as indústrias na disciplinarização dos corpos dos trabalhadores que se mantêm úteis e disponíveis para o contexto produtivo.

A necessidade de retratar a doença de modo objetivo também se exprime pela importância que adquirem os exames complementares na assistência prestada aos trabalhadores do setor. Nesse sentido, os referidos exames têm o papel de visibilizar os agravos em saúde, dando veracidade às queixas apresentadas aos serviços e mediando a relação entre os funcionários e as indústrias. Colocar o problema de saúde em evidência por meio dos exames complementares também possibilita ao trabalhador assumir o lugar social de doente, defender-se da discriminação dos colegas de trabalho, bem como acessar benefícios trabalhistas.

Outras práticas assistenciais comuns no atendimento aos trabalhadores do setor se referem à realização de fisioterapia e à orientação para troca de setor. A fisioterapia muitas vezes é realizada no próprio espaço das fábricas, sendo também indicada nos atendimentos realizados na atenção básica. Esta ação, assim como as demais anteriormente discutidas, se restringe ao trabalhador, sem que se adotem modificações em relação ao contexto laboral que produzem as demandas aos serviços de saúde.

A indicação de mudança de função, como uma ação terapêutica que exige interferência no contexto de trabalho, enfrenta maior resistência por parte das indústrias para ser realizada. Observa-se ainda que mesmo os profissionais de saúde dos SESMT têm pouca autonomia para influenciar na organização do trabalho. Outra dificuldade que

perpassa esta ação é que alguns fatores de risco no contexto agroindustrial, dos quais são exemplo as longas jornadas de trabalho e a repetitividade, são comuns a praticamente todas as atividades na linha.

A partir das ações descritas pode-se observar que a atenção à saúde dos trabalhadores do setor agroindustrial centra-se na assistência, sem que se consiga realizar ações efetivas de prevenção e promoção da saúde. A assistência, por sua vez, tanto nos serviços públicos como privados, está atrelada ao modelo biomédico orientado por uma noção fragmentada de saúde, sustentada por valores como intervenção, especificidade e localização, sendo direcionada ao corpo físico individual, e à doença.

Há que se destacar que as agroindústrias exercem grande controle em relação à atenção à saúde dos trabalhadores nos serviços privados, mas também públicos. Isso se expressa especialmente em relação aos afastamentos do trabalho, prática comum no atendimento aos trabalhadores usuários vinculados às indústrias de alimentos. Este controle se dá por meio da restrição na emissão de atestados médicos, na recusa ou diminuição do período de afastamento indicados por profissionais de saúde externos à fábrica e na realização de descontos salariais e de benefícios perante os afastamentos.

Ainda em relação aos afastamentos do trabalho, também foi possível observar que muitos trabalhadores do setor buscam este procedimento junto aos serviços de saúde. Esta busca tem como pano de fundo às relações sociolaborais rígidas e hierarquizadas, e a limitação de espaços para participação coletiva, que faz com que os trabalhadores busquem nos serviços de saúde alternativas para lidar com os problemas do trabalho. Nesse sentido, assumir o lugar de doente se constitui em uma estratégia do trabalhador para quebrar o controle na gestão do trabalho, como apontam Brant e Minayo-Gomez (2005).

O afastamento do trabalho também possibilita aos trabalhadores do setor o recebimento do auxílio doença. Neste cenário, o benefício previdenciário substitui o trabalho na manutenção da existência material ante a limitação da capacidade laboral, o risco do desemprego e a pouca qualificação profissional. Assim, os procedimentos que possibilitam a comprovação dos agravos e os afastamentos do trabalho também se constituem como campos de resistências dos trabalhadores do setor, que por meio das normatizações impostas na atenção à saúde dos trabalhadores encontram possibilidades de contestação e negação aos modos de trabalho do setor.

Os afastamentos do trabalho por meio da previdência social também marcam a possibilidade do reconhecimento do caráter

acidentário dos agravos à saúde do trabalhador. Este pode gerar ao trabalhador formal, benefícios legais e previdenciários, bem como orientar a atenção à saúde. Este reconhecimento pode se dar via emissão de CAT, por meio do estabelecimento do nexo pela previdência social, e ainda por meio das notificações que alimentam o SINAN. Apesar dos avanços em termos de instrumentos técnicos e da legislação previdenciária para facilitar o reconhecimento do nexo entre agravo em trabalho e saúde, se observa que este ainda caracteriza um grande desafio no campo da saúde do trabalhador.

Apesar da obrigatoriedade da emissão da CAT ante os agravos em saúde, as implicações que isso produz ao empregador fazem com que as agroindústrias evitem emitir este registro. Com o ingresso do trabalhador na previdência social, abre-se a possibilidade do nexo entre o trabalho e o agravo em saúde ser reconhecido pela perícia médica. No entanto, isso reforça a tentativa de controle das empresas do setor agroindustrial para evitar os afastamentos dos trabalhadores pelo máximo tempo possível, prolongando o percurso dos trabalhadores pela rede e o acesso às ações assistenciais anteriormente citadas.

Mesmo quando os trabalhadores chegam à perícia médica, eles encontram dificuldades para que seja reconhecido o nexo, as quais estão relacionadas aos diagnósticos e exames produzidos sob o controle das empresas que não visibilizam o agravo, e a precedência da incapacidade sobre nexo que orienta a conduta de muitos peritos. Por fim, o reconhecimento do nexo entre o trabalho e o agravo em saúde por meio das notificações que alimentam o SINAN também são incipientes e irregulares na região estudada, especialmente no que diz respeito às doenças mentais relacionadas ao trabalho.

A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho também implica especificidades na atenção à saúde dos trabalhadores do setor. Nesse sentido, quando as queixas em saúde mental assumem o protagonismo na busca de cuidado, ocorre a dicotomização entre estas queixas e a atividade laboral. Ante estas demandas a prescrição de medicamentos frequentemente é a única oferta terapêutica disponível nos serviços de saúde. Também a medicalização das manifestações de sofrimento psíquico que ocorrem nesta interface entre saúde mental e trabalho se configuram como outra forma de medicalização da saúde destes sujeitos já que amplia o espectro de intervenção dos profissionais de saúde para toda a dificuldade do trabalhador que prejudique sua performance laboral.

No horizonte de tais colocações, observa-se que as práticas assistenciais realizadas em torno das queixas que os trabalhadores

usuários apresentam aos serviços de saúde têm relação com os longos percursos que os mesmos realizam pela rede de saúde e com a cronificação dos agravos à saúde destes trabalhadores. Assim, a falta de resolutividade das práticas assistenciais realimentam as demandas dos trabalhadores aos serviços em busca de cuidado.

Cabe destacar ainda que na atenção à saúde dos trabalhadores formais, as políticas de saúde, a legislação trabalhista e as empresas, de diferentes formas e com diferentes objetivos, valorizam procedimentos como a produção do diagnóstico, a prescrição de medicamentos, a solicitação de exames complementares, a emissão de atestados para afastamentos do trabalho, todas atribuições do profissional médico. Nesse sentido, estes procedimentos reforçam o atendimento medicocentrado, que se distancia da proposta de atendimento multiprofissional e interdisciplinar e da atenção integral preconizada pelo SUS.

Na atenção básica, destacou-se a busca prioritária destes trabalhadores pelo atendimento médico, o que se confirma nos registros dos prontuários dos trabalhadores. Nesse sentido, há uma sobrecarga destes profissionais pelo excesso de demanda. Assim, os atendimentos realizados muitas vezes são regidos pela lógica da pressa e da falta de continuidade, o que leva a um esvaziamento da dimensão cuidadora na relação entre profissional e usuário.

As problemáticas anteriormente apontadas dificultam assim, a produção do cuidado que seria facilitada por práticas como o acolhimento e o vínculo entre o usuário e o profissional, as quais por sua vez também facilitariam o diagnóstico dos agravos e favoreceriam a construção de projetos terapêuticos singulares tal como preconiza a Política Nacional de Humanização. Por outro lado, a baixa resolutividade desta forma de realizar a atenção à saúde aumenta o fluxo do trabalhador usuário aos serviços de saúde, criando um ciclo vicioso difícil de romper. No entanto, cabe reconhecer a grande capacidade na produção do cuidado da parte de profissionais enfermeiros e especialmente das agentes de saúde, as quais precisam ser fortalecidas por meio do descentramento do atendimento voltado à clínica médica.

As questões discutidas delineiam os percursos dos trabalhadores do setor pelos serviços de saúde, quarto e último objetivo específico desta pesquisa. Nesse sentido, observou-se um fluxo que se alterna entre os serviços públicos e privados, tendo na atenção básica e nos SESMTs as principais portas de entrada destes trabalhadores na rede de saúde.

Estes percursos e alternâncias entre rede pública e privada de saúde são determinados por diferentes aspectos. O acesso à atenção

básica é influenciado por questões como o medo da demissão na busca por atendimento à saúde no contexto fabril, a busca por atendimento de profissionais que não estejam sujeitos ao controle das empresas e à gratuidade no atendimento. Nesse sentido, a demora dos serviços públicos no atendimento por médicos especialistas, na realização de exames complementares e fisioterapia, bem como a dificuldade em conseguir consultas médicas na atenção básica, são aspectos que direcionam o trabalhador aos serviços privados de saúde.

O reconhecimento do caráter acidentário do agravo em saúde é um dos aspectos determinantes para que o trabalhador usuário utilize predominantemente a rede privada de serviços, já que este reconhecimento implica na responsabilização das empresas pela assistência à saúde. No entanto, mesmo nesta condição, o serviço público é utilizado para transcrição de receitas de medicamentos, e também quando a empresa não assume as despesas dos procedimentos que o trabalhador usuário necessita. Diante da perda do vínculo empregatício, a rede pública assume totalmente a atenção à saúde destes trabalhadores.

À guisa de conclusão, cabe apontar que a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias não se encerra nos serviços de saúde, sendo anterior e posterior ao acesso dos trabalhadores a estes, e extrapolando os atores citados, caracterizando um tema complexo do qual, como diz Morin (2011), se buscou tecer dimensões de análise. Ainda na perspectiva do que fala o autor referido, procurou-se ocultar o menos possível a complexidade deste tema sem, no entanto, esgotar todas as faces das problemáticas que o caracterizam. Nesse sentido, cabe apontar outras dimensões de análise em torno desta temática que emergiram neste estudo, as quais não foram desenvolvidas devido aos limites do mesmo, ficando como sugestão para futuras pesquisas.

Tendo em vista o grande número de trabalhadores que perdem o vínculo de trabalho com o setor em face ao adoecimento, seja porque foram demitidos ou pediram demissão, caberia compreender como se dá a atenção à saúde destes ex-trabalhadores do setor agroindustrial. Nesse sentido, também caberia estudar como esta perda do vínculo influencia nos percursos pela rede de saúde e impacta os serviços públicos.

Outro aspecto que se mostrou relevante durante a realização desta pesquisa foi as diferenças de gênero no adoecimento em relação às LER/DORT, bem como no acesso que os trabalhadores homens e mulheres fazem dos serviços de saúde. Estas questões se evidenciaram nas falas de trabalhadores e profissionais de saúde, e também nas

observações participantes em que as mulheres eram apontadas como as que mais adoecem e as que mais acessam os serviços de saúde.

Por fim, também seria relevante compreender outras práticas de autocuidados que não implicam o acesso aos serviços de saúde, bem como o papel da religião para a relação que estes trabalhadores estabelecem com o adoecimento. Nesse sentido, foi possível observar que os trabalhadores que eram praticantes de uma religião tinham outras redes sociais de apoio, bem como se referiam de forma diferente ao processo de adoecimento em relação aos outros trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2008). **O que resta de Auschwitz**. São Paulo: Boitempo.
- Agamben, G. (2002). **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- Agamben, G. (2001). **A comunidade que vem**. Torino: Bollati Boringhieri.
- Almeida Filho, N. (1992). **A clínica e a epidemiologia**. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Alves, N. C. R. (2004). **Corpos entre saúde e trabalho: a construção sociopolítica da LER como doença**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.psicossocial.com.br/blog/wp-content/uploads/2007/09/dissertacao_natalia_alves.pdf>.
- Alves, P. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. 9 (3): 263-271. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/14.pdf>>.
- Ayres, J. R. (2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface**. 4(6): 117-120. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000100010&script=sci_arttext>.
- Angelin, P. E. (2010). Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. **Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**. 3(1): 1-16.
- Angrosino, M. (2009). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, R. (2003). **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo.

Araújo, C. G. & Gosling, M. (2008). Gestão de acidentes de trabalho em uma empresa frigorífica: um estudo de caso. **Pretexto**. 9(1): 81-94. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.fumec.br/revistas/index.php/pretexto/article/view/456/451>>

Arendt, H. (2004). **A condição humana**. (10ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Arrais, P. S; Coelho, H. L.; Batista, M. C.; Carvalho, M. L.; Righi, R. E. & Arnau, J. M. (1997). Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 31(1): 71-77. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.escolacit.rs.gov.br/links/links.html>.

Arruda, Z. & Cunha, D. (2009). **Causas e estratégias de enfrentamento da rotatividade numa agroindústria no município de Chapecó – SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia). UNOCHAPECÓ, Chapecó/SC.

Assmann, S. J. (2007). Apresentação. In. G. Agamben. **Profanações** (pp. 7–22). São Paulo: Boitempo.

Assmann, S. J.; Pich, S.; Gomes, I. & Vaz, A. (2007). Do poder sobre a vida e do poder da vida: lugares do corpo, biopolítica. **Temas & Matizes**. Volume 6: 19-27.

Assunção, A. A. & Vilela, L. V. O. (2009). **Lesões por esforços repetitivos: Guia para profissionais de saúde**. Piracicaba: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_ler_guiaprofissional_1.pdf>.

Augusto, V. G.; Sampaio, R. F.; Mancini, M. C. & Parreira, V. F. (2008). Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 12(1): 49-56. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/pdf/rbfi/v12n1/en_10.pdf>.

Azevedo, A. N.; Bernardo, L. D.; Shing, S. C. A. C. & Santos, J. N. (2009). Perfil auditivo de trabalhadores de um entreposto de carnes.

Revista CEFAC. 12(2): 223-234. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n2/57-09.pdf>>.

Balista, S. R. R.; Santiago, S. M. & Corrêa Filho, H. R. (2011). A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** 36(124): 216-226. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20124%20Atenção%20à%20saúde%20do%20trabalhador%20no%20SUS.pdf>>.

Baroni, D. P. M.; Vargas, R. F. S. & Caponi, S. N. (2010). Diagnóstico com nome próprio. **Psicologia & Sociedade.** 22(1): 70-77. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a09.pdf>>.

Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade.** 11(1): 1-11. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/publicacoes/arquivos/Processo_sa%C3%BAdedoen%C%A7a.pdf>.

Batista, A. S & Codo, W. (2003). **O trabalho e o tempo.** In. M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras.* (2 ed.) (pp. 401-420). Petrópolis: Vozes.

Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In. Fonseca, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença** (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Recuperado em 14.abr.2012 de <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>.

Bauman, Z. (2004). **Modernidade líquida.** Rio de Janeiro: Zahar.

Beck, U. (2000). **A Sociedade Global de Risco: uma discussão entre Ulrich Beck e Danilo Zolo.** Tradução Selvino J. Assmann. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/ulrich.htm>>.

Ben, F. (2006). Trabalhadores da indústria frigorífica: experiências de operários. **Cadernos CEON.** 25: 356-378.

Bernardes, A. G.; Pelliccioli, E. C. & Guareschi, N. M. (2010). Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Psicologia & Sociedade**. 22(1): 5-13. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a02.pdf>>.

Bernardo, M. H. & Garbin, A. C. (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 36 (123): 103-117. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20123%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>.

Birman, J. (2001). **Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Blanch, J. M., Sahagún, M. & Cervantes, G. (2010). Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**. 26(3): 175-189. Recuperado em 20.abr.2012 de <<http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v26n3/v26n3a02.pdf>>.

Boing, E.; Crepaldi, M. A. & Moré, C. L. O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. **Paidéia**. 18(40): 251-266. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/04.pdf>>.

Boltanski, L. (1989). **As classes sociais e o corpo**. (3 ed). Rio de Janeiro: Graal.

Borges, L. O.; Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2005). Significados do trabalho entre os profissionais de saúde. In. Borges, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. (pp. 143-312). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2007). Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia em Estudo**. 12(3): 465-473. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a03.pdf>.

Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2005). O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(4): 939-952. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n4/a17v10n4.pdf>>.

Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(1): 213-223. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>>.

Brasil (2009). **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>.

Brasil (2008a). **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** (4ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>.

Brasil (2008b). **Cartilha da PNH: clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf>.

Brasil (2007). **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf>.

Brasil (2006a). **Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast)**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 14.abr.2012 de <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>.

Brasil (2006b). **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>>.

Brasil (2006c). **Portaria n. 399. Pacto pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>.

Brasil (2006d). **Política Nacional de Promoção da Saúde. Vol. 7**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>.

Brasil (2006e). **Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2 ed). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saud_e_2ed.pdf>.

Brasil (2004a). **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_ctssp_consulta_publica.pdf>.

Brasil (2004b). **HumanizaSUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>.

Brasil (2004c). **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.

Brasil (2004d). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004 – 2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>.

Brasil (2002). **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família - Caderno 5 - Saúde do Trabalhador**. Ministério da Saúde: Brasília. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>.

Brasil (2000). **Manual do sistema de informações da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 29.março.2012 de <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>.

Brasil (1997). **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>.

Brasil (1996). **Resolução n. 196**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 22.set.2009 de <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>.

Brasil (1990). **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado em 13.abr. 2012 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

Brasil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. Recuperado em 13.abr.2012 de <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>.

Brasil/OPAS (2001). **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20.abr.2012 de <<http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos%20para%20download%202011/Disciplina%20Doencas%20do%20Trabalho/Manual%20DO%20Min%20Saude.pdf>>.

Braverman, H. (1981). **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Buss, D. C. (2010). **Perfil dos trabalhadores de empresas frigoríficas portadores de lesões por esforços repetitivos osteomusculares relacionados ao trabalho atendidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Chapecó no ano de 2008**. Monografia

(Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador). Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel, Florianópolis.

Camargo Júnior, K. R. (2005). Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In. R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). **Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos** (pp. 293-303). Rio de Janeiro: CEPES/UERJ.

Campos, I. (1987). **Os colonos do Rio Uruguai: relações entre a pequena produção e a agroindústria no oeste catarinense**. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande.

Canguilhem, G. (2005). A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In. G. Canguilhem (Org.). **Escritos sobre a Medicina** (pp. 35-48). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Canguilhem, G. (2002). **O normal e o patológico**. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 19(2): 529-549. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016>.

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**. 4(2): 287-307. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006>.

Carvalho, M. V. D; Cavalcanti, F. I. D.; Soriano, E. P. & Miranda, H. F. (2009). LER-DORT: doença do trabalho ou profissional? **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 30(2): 303-10. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5110/6689>>.

Castel, R. (1998). **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes.

Castiel, L. D. (1996). Vivendo entre exposição e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde**. III(2): 237-264. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701996000200003>.

Cellard, A. (2008). A análise documental. In. J. Poupart; J. P. Deslauriers; L. H. Groulx; A. Laperrière; R. Mayer & A. P. Pires (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos** (pp. 295-315). Petrópolis: Vozes.

CEPAL/FAO (2009). **Perspectivas de la agricultura y el desarrollo rural em las Américas: uma mirada hacia América Latina y el Caribe**. San José: IICA. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.iica.int/Esp/organizacion/LTGC/modernizacion/Publicaciones%20de%20Modernizacion%20Institucional/B1560E.pdf>>.

Chalhoub, S. (1996). **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras.

Chioro, A. & Scaff, A. (1998). **Saúde e cidadania: uma pequena história das políticas de saúde no Brasil**. Texto de apoio didático elaborado para o Curso continuado de Epidemiologia Clínica [não publicado].

Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In. M. da G. Jacques & W. Codo (Orgs.). **Saúde mental & trabalho: Leituras** (pp. 173-192). Petrópolis: Vozes.

Codo, W. & Almeida, M. C. (Orgs.). (1995). **LER/DORT: diagnóstico, tratamento e prevenção**. Petrópolis: Vozes.

Coelho, M. T. A. & Almeida Filho, N. (2003). Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In. P. Goldenberg; M. H. Gomes & R. M. G. Marsigila (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** (pp. 101-113). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Coser, O. (2003). **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Costa, H. J. (2003). **Acidentes do trabalho na atualidade**. Porto Alegre: Síntese.

Coutinho, M. C. & Zanella, A. V. (2011). Ética na pesquisa: concepção de sujeito na norma brasileira. **Pólis e Psique**. 1(1): 33-54. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/20145/15172>>.

Coutinho, M. C. (2006). **Participação no trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dal Rosso, S. (2006a). Jornada de trabalho: duração e intensidade. **Ciência e Cultura**. 59(4): 31-34.

Dal Rosso, S. (2006b). Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. 4(1): 65-91.

Dantas, M. A. (2009). **Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão**. Curitiba: Juruá.

Decreto n.º 6.042, de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Brasil. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm>.

Decreto de Lei n. 3.048 de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Brasil. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>.

Decreto de Lei n. 5.452 de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos

Jurídicos. Brasil. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>.

Dedecca, C. S. (Coord.) (2007). **Aspectos conceituais da vulnerabilidade social**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego/ Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf>.

Dejours, C. (2005). **A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho**. (5ª ed.). São Paulo: Cortez; Oboré.

Delfani, J. C. (2007). **Avaliação do perfil antropométrico e análise dinamométrica dos trabalhadores da agroindústria do setor de frigoríficos e abatedouros: o caso Perdigão**. Monografia (Pós-graduação em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, PR. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/dissertacoes/arquivos/52/Dissertacao.pdf>>.

Deslandes, S. F. (1998). A construção do projeto de pesquisa. In. M. C. de S. Minayo (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** (pp. 31-50). (9ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Dias, E. C. (Coord.) (2010). **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/13128191584462%20Desenvolvimento%20de%20a%E7%F5es%20de%20Sa%FAde.pdf>>.

Dias, E. C. & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(4): 817-828. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>>.

Dwyer, T. (2006). **Vida e morte no trabalho: acidentes do trabalho e a produção social do erro**. Campinas: Editora Unicamp.

Espindola, C. J. (1999). **As agroindústrias no Brasil: “O caso Sadia”**. Chapecó, SC: Grifos.

Espósito, R. (2004). **Bíos: biopolítica e filosofia**. Torino: Einaudi.

Farhi Neto, L. (2008). Biopolítica como tecnologia de poder. **Interthesis**. 5(1): 47-65. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/5807/10869>>.

Fassin, D. (2006). Biopolítica. In. M. Russo & S. Caponi, S. (Orgs.). **Estudos de Filosofia e História das Ciências Biomédicas** (pp. 321-331). São Paulo: Discurso Editorial.

Flick, U. (2009). **Introdução à pesquisa qualitativa** (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Fernandes, R. C.; Assunção, A. A. & Carvalho, F. M. (2010). Tarefas repetitivas sob pressão temporal: os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15 (3): 931-942. Recuperado em 02.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a37.pdf>>.

Ferraz, S. T.; Grunewald, T.; Rocha, F.; Chehuen Neto, J. A.; Sirimarco, M. T. (2008). Comportamento de uma amostra da população urbana de Juiz de Fora – MG perante a automedicação. **Hu Revista**. 34(3): 185-190. Recuperado em 02.abr.2012 de <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/144/152>>.

Ferreira, F. (1995). Semiologia do corpo. In; Leal, O. F. (org.). **Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social**. (pp. 89-104). Porto Alegre: Editora UFRGS.

Fontanella, B. J. B.; Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. 24(01): 17-27. Recuperado em 22.set.2009 de <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Ponencia%20Bruno%20J%20B%20Fontanella.pdf>.

Foucault, M. (2008a). **O nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008b). **Segurança, território e população: curso dado no Collège de France, 1977-1978**. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2006). **A hermenêutica do sujeito. Curso dado no Collège de France (1981-1982)**. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2005). **História da sexualidade I: a vontade de saber**. (16ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (2002). **Ditos & Escritos IV: Estratégia poder-saber** (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1999a). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1999b). **Michel Foucault: una entrevista: sexo, poder y la política de la identidad**. In: Foucault, M. Estética, ética y hermenêutica. (pp.417-429). Obras esenciales, volumen III. Barcelona: Paidós. Recuperado em 02.abr.2012 de <<http://literaturabiopolitica.blogspot.com.br/>>

Foucault, M. (1997). **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. (15 ed.). Petrópolis: Vozes.

Foucault, M. (1994). **Resumo dos cursos do Collège de France: 1970-1982**. Rio de Janeiro: Zahar.

Foucault, M. & Deleuze, G. (1993). Os intelectuais e o poder. In: M. Foucault. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.

Franco, T. B.; Panizzi, M. & Foschiera, M. (2004). O acolher Chapecó e a mudança de trabalho na Rede Básica de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. 30: 30-35. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf>.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**. 7(1)9-20.

Recuperado em 13.abr.2012 de
<<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v7n1/v7n1a02.pdf>>.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2009). Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In. S. R. Carvalho; S. Ferigato & M. E. Barros (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. (pp. 47–59). São Paulo: Hucitec.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2005). A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In. Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). **“Construção social da demanda”**. (pp. 181-193). Rio de Janeiro: ABRASCO.

Frias Júnior, C. A. (1999). **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://portaldesites.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/friasjrcasm/capa.pdf>>.

Galimberti, H. (2002). A ética na idade da técnica: entrevista com Umberto Galimberti, por Caterina Falomo. **La Critica- Rivista telemática di arte, design e nuovi media**. Tradução portuguesa, Selvino Assmann. Original disponível em <<http://www.lacritica.net/galimberti.htm>>.

Ghisleni, A. P. & Merlo, A. C. (2005). Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. **Psicologia: Reflexão e crítica**. 18 (2): 171-176. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722005000200004&script=sci_arttext>.

Gomez, C. M. & Lacaz, F. A. de C. (2005). Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(4): 797-807. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002>.

Gomes, M. C. P. & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros

urbanos. **Interface**. 9(17): 287-301. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>.

Gonçalves, M. G. M. (2007). Fundamentos metodológicos da Psicologia Sócio-histórica. In: A. M. Bock; M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia** (pp. 113-127). (3ª ed.). São Paulo: Cortez.

Gonzalez Rey, F. L. (2005). **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thompson.

Goulart Filho, A. (2002). A formação econômica de Santa Catarina. **Ensaio FEE**. 23(2): 977-1007. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/2049/2431>>.

Graf, L. (2009). **Entre a cozinha e o abatedouro: os sentidos do trabalho para mulheres atuantes na indústria avícola**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Laila%20Priscila.pdf>>.

Graf, L. & Coutinho, M. C. (2010). Trajetórias de mulheres atuantes em pequenos abatedouros de animais. **Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho**. 13(1): 119-132. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v13n1/v13n1a10.pdf>>.

Gregorim, C. O. (2007). **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?typePag=creditos&languageText=portugues-portugues>>.

Guest, G.; Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many interviews are enough? **Field Methods**. 1(18): 59-82.

Hassard, J. (2009). Tempo de trabalho: Outra dimensão esquecida nas organizações. In: Chanlat, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas** (pp. 176-194). Vol. I. São Paulo: Atlas.

Harvey, D. (1992). **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola.

Helman, C. G. (2009). **Cultura, saúde & doença**. (5 ed). Porto Alegre: Artmed.

Hipócrates (1959). **Aforismos**. São Paulo: Zumbi.

IBGE (2009). **Tabela 14: Unidades locais, pessoal ocupado total e assalariado, salários e outras remunerações e salário médio mensal, segundo Municípios de Santa Catarina com 50 mil ou mais habitantes e divisão da classificação de atividades – 2009**. Dados fornecidos pelo IBGE de Chapecó em formato eletrônico.

Ignácio, V. T. G. & Nardi, H. C. (2007). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**. 19(3): 88-95. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a13v19n3.pdf>>.

Jacques, M. G. (2007). O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**. 19 (Edição Especial): 112-119. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea15.pdf>>.

Junqueira, M. de F. P. (2004). Resenha do livro Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(3): 780-785.

Kleba, M. E. (2005). **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó, SC: Argos.

Lacaz, F. A. C. (2007). O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 23(4): 757-766. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>>.

Lacaz, F. A. C. & Santos, A. P. L. (2010). Saúde do trabalhador hoje: re-visitando atores sociais. **Revista Médica de Minas Gerais**. 20(2): 5-12. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/000002860>>.

Lacaz, F. A. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 151-161. Recuperado em 13.abr.2012 de

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100013>.

Larentes, G. F. (Org.). (2010). **Plano Municipal de Saúde de Chapecó: Gestão 2010-2013**. Chapecó, SC: Secretaria de Saúde. Recuperado em 27.março.2012 de

<<http://www.chapeco.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/downloads.html>>.

Laurell, A. C. & Noriega, M. (1989). **Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Cebes - Hucitec.

Lazzarato, M. (2000). Del biopoder a la biopolítica. **Multitudes**. 1: 45-47. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.iade.org.ar/uploads/c87bbfe5-6b09-33a6.pdf>>.

Le Breton, D. (2006). **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes.

Le Guillant, L. (2006). **Escritos de Louis Le Guillant: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Petrópolis: Vozes.

Leão, L. H. C. & Vasconcellos, L. C. F. (2011). Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 20(1):85-100. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a10.pdf>>.

Lefevre, F. (1991). **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez.

Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasil. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213co.htm>.

Lei n. 2.761, de 26 de abril de 1956. Dá nova redação ao § 2º do artigo

6º da Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, que regula o repouso semanal remunerado. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil. Recuperado em 13.abr.2012 de <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L2761.htm>.

Lei n. 605, de 5 de janeiro de 1949. Repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 13.abr.2012 de <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10605.htm>.

Lins, H. N. & Coletti, T. (2010). Globalização, agroindústria e agricultura familiar: a recente saga do Oeste catarinense em torno da suinocultura. **Anais do XV Encontro Nacional de Economia Política – América Latina e Brasil na nova configuração do capitalismo**. vol. 1, pp. 1-25. São Luís (MA): Tec Art Editora. Recuperado em 13.abr.2012 de <[http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/bvartigoseconomia/javascript: __doPostBack\('UIBusca',hnlins19.pdf\)](http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/bvartigoseconomia/javascript: __doPostBack('UIBusca',hnlins19.pdf))>.

Lima, M. E. A. (1998). A LER no setor bancário. In. M. E. A. Lima; J. N. G. Araújo & F. P. A. Lima (Orgs.). **LER: dimensões ergonômicas e psicossociais** (pp. 52-107). Belo Horizonte: Healt.

Lima, B. G. C. (2010). A perícia médica do INSS e o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador. In. J. Machado; L. Soratto & W. Codo (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa – o Ntep e a Previdência Social** (pp. 55-74). Petrópolis: Vozes.

Martins, M. C. C. et al (2011). Uso de medicamentos sem prescrição médica em Teresina, PI. **Conscientiae saúde**. 10(1): 31-37. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=9291718805>>.

Marx, K. (2002). **O Capital: o processo de produção do capital** (20ª ed). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Originalmente publicado em 1867).

Medeiros, L. B. (1999). **Ruído: Efeitos extra-auditivos no corpo humano**. Monografia (Especialização em Audiologia Clínica). CEFAC, Porto Alegre. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.segurancatrabalho.com.br/download/ruído-luana-medeiros.pdf>>.

Mello, G. A.; Fontanella, B. J. B. & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. 12(2): 204-213. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>>.

Mendes, E. V. (2011). **As redes de atenção à saúde**. (2 ed). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.cebes.org.br/media/file/mendes_redes%20de%20atencao.pdf>.

Mendes, E. V. (2008). As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**. 18(4): S3-S11. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/96>>.

Mendes, R. & Dias, E. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. 25(5): 341-249. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>.

Merhy, E. E. (2007). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. (3ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2: 305-314. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006>.

Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C. R. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. (pp. 103-120). São Paulo: Xamã.

Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público** (pp. 71-112). São Paulo: Hucitec;

Merlo, A., Vaz, M., Spode, C., Elbern, J., Karkow, A., Vieira, P. (2003). O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia & Sociedade**. 15(1): 117-136. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822003000100007&script=sci_arttext>.

Minayo, M. C. de S. (1998). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C. de S. (2008). **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. (11ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo-Gomez, C. & Thendim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. 13(2): 21-32. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000600003&script=sci_arttext>.

Ministério da Saúde (2005). **Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 14.abr.2012 de <<http://conselho.saude.gov.br/wst/documentosdeapoio.pdf>>.

Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (2011a). **Portaria n. 273 de 16 de agosto de 2011**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponibiliza para consulta pública o texto técnico básico de criação da Norma Regulamentadora sobre Abate e Processamento de Carnes e Derivados. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. Recuperado em 20.abr.2012 de <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC882013539EBBF722032/Portaria%20n.%C2%BA%20273%20\(Consulta%20P%BAblica%20%20Frigor%C3%ADficos\)_com%20texto.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC882013539EBBF722032/Portaria%20n.%C2%BA%20273%20(Consulta%20P%BAblica%20%20Frigor%C3%ADficos)_com%20texto.pdf)>.

Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (2011b). **Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED**. Perfil do município.

Recuperado em 20.set.2011 de
<http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_perfil_municipio/index.php>.

Ministério do Trabalho e Emprego - MTE. (2008). **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho : AEAT 2007**. Ministério do Trabalho e Emprego [et al.]. – vol. 1 . – Brasília : MTE :MPS.

Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (2004). **Minuta de nota técnica: medidas para controle de riscos ocupacionais na indústria de abate e processamento de carnes**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. Recuperado em 20.abr.2012 de
<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA4acAF/nota-tecnica-frigorificos>>.

Ministério Público do Trabalho – MPT (2008). **Relatório de fiscalização a empresa Sadia S/A** – Unidade Chapecó, Chapecó, SC.

Ministério Público do Trabalho – MPT (2011). **Termo de ajuste de Conduta n. 01477/2011**. Ministério Público da União, Procuradoria Regional do trabalho da 12ª Região.

Moré, C. L. O. O. & Crepaldi, M. A. (2004). O campo de pesquisa: interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados. **Anais da Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa** – Núcleo de Pesquisa da Família: Taubaté.

Morin, E. (2011). **Introducción al pensamiento complejo**. (10ª ed.). Barcelona: Gedisa.

Morin, E. (2007). **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina.

Morin, E. (1993). A construção da sociedade e o papel da educação e do conhecimento para a formação do imaginário do futuro. In. E. Grossi & J. Bordin (Orgs.). **Construtivismo pós-piagetiano: um novo paradigma sobre aprendizagem** (pp. 11-25). Petrópolis: Vozes.

Najmanovich, D. (2002). El lenguaje de los vínculos: de la independência absoluta a la autonomía relativa. In. E. Dabas & D. Najmanovich (Orgs.). **Redes – el lenguaje de los vínculos – hacia la**

reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós.

Neli, M. A. (2006). **Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo com os trabalhadores de uma indústria avícola.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-18092006-154325/pt-br.php>>.

Silva, D. M. P. & Marziale, M. H. (2000). Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 8(5): 44-51. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>>.

Neto, P. P. & Caponi, S. (2010). Medicalização: Revisitando definições e teorias. In. C. D. Tesser (Org.). **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS.** (pp. 35-51). São Paulo: Hucitec.

Nordenfeld, L. (2000). **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico.** Florianópolis: Bernúncia.

Oddone, I., Marri, G. & Gloria, S. (1986). **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo: Hucitec.

Optiz, O. & Optiz, S. (1988). **Acidentes e doenças profissionais.** (3 ed.). São Paulo: Saraiva.

Organização Mundial da Saúde – OMS (2011). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10 ed. rev. São Paulo: EDUSP.

Organização Mundial da Saúde – OMS (2006). **Constitución de la Organización Mundial de la Salud.** Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición de la Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud (2005). **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.** Washington: OMS.

Recuperado em 13.abr.2012 de
<http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf>.

Paim, E. A. (2003). **Industrialização e educação**. Chapecó, SC: Argos.

Paim, E. A. & Oliveira, N. (2004). Educação e Trabalho: relações estabelecidas na Escola da Sadia Avícola de Chapecó (SC). **Cadernos do CEOM**. 19: 233-256.

Pasche, D. F. & Passos, E. (2008). A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. 1(1): 92-100. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/82>>.

Pasini, V. L. & Guareschi, N. M. de F. (2010). A emergência do SUS e as necessidades de reconfigurações no mundo do trabalho em saúde. In. N. M. F Guareschi; A. Scisleski; C. Reis; G. Dhein, & M. A. Azambuja (Orgs.). **Psicologia, formação e produção em saúde** (pp. 118-140). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Paulo, L. G. & Zanini, A. C. (1988) Automedicação no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 34: 69-75.

Picoloto, D. & Silveira, E. (2008). Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas – RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13(2): 507-516. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a26v13n2.pdf>>.

Pinheiro, R. (2009). Integralidade em saúde. In. I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2ª ed.). Revisada e ampliada. Fiocruz. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>.

Portaria n. 2.472 de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Ministério da Saúde.

Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. NR 7 – **Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional**. Ministério do Trabalho e Emprego. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D308E21660130E0819FC102ED/nr_07.pdf>

Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. NR 4. **Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Ministério do Trabalho e Emprego. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D308E21660130D26E7A5C0B97/nr_04.pdf>

Portocarrero, V. (2009). **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rabinow, P. & Rose, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais**. 24: 27-57. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://pt.scribd.com/doc/55315526/RABINOW-ROSE-O-Conceito-de-Biopoder-Hoje-Paul-Rabinow-Nikolas-Rose>>.

Ramos, M. Z.; Bianchessi, D. L. C.; Merlo, A. C.; Poersch, A. L.; Veeck, C.; Heisler, S. Z. & Vieira, J. A. (2010). Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. **Estudos de Psicologia**. 15(2): 207-215. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n2/10.pdf>>.

Reche, D. & Sugai, M. I. (2008). A influência do capital agroindustrial na distribuição sócio-espacial urbana do município de Chapecó no sul do Brasil. *Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales 1999-2008. Actas del X Coloquio Internacional de Geocrítica*. Universidad de Barcelona. Recuperado em 14 de abril, 2012, de <<http://www.ub.es/geocrit/-xcol/257.htm>>.

Régis Filho, G. I. (2002). Síndrome da Má-Adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. **Revista Produção**. 11(2): 69-87. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.revistaproducao.net/arquivos/websites/32/v11n2a05.pdf>>.

Resolução n. 004/2007, de 08 de outubro de 2007. Estado de Santa Catarina. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria Municipal de Saúde.

Riedemann, G. J. P.; Illesca, M. P.; Droghettir, J. (2001). Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculoesqueléticos. **Revista Médica de Chile**. Recuperado em 13.abr.2012 de 129(6): 647-52. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000600008>.

Rios, K. A.; Barbosa, D. A. & Belasco, A. G. (2010). Evaluation of Quality of Life and Depression in Nursing Technicians and Nursing Assistants. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 18(3): 413-420. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/17.pdf>>.

Sabroza, P. C. (2001). **Concepções sobre saúde e doença**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Retirado em data de <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/FileCNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>.

Salanova, M. (2009). **Psicología de la Salud Ocupacional**. Madrid: Editorial Síntesis.

Santana, M. L. (2008). **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de Pindamonhangaba**. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional). Programa de Pós-Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional, UNITAU, Taubaté/SP. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.ppga.com.br/mestrado/2008/santana_milena_lopes.pdf>.

Santos, M. A. (2011). **O sofrimento dos Trabalhadores da Agroindústria Sadia S.A. de Chapecó**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Sardá, S.; Ruiz, R. C. & Kirtschig, G. (2009). Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos.

Acta Fisiátrica. 16(2): 59-65. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/2BA8698B79439589FDD2B0F7218D8B07/Acta_16_2_59_65.pdf>.

Sardá Júnior, J. J.; Kupek, E. & Cruz, R. (2009). Preditores bioposicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. **Acta Fisiátrica.** 16(2): 76-80. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/838E8AFB1CA34354AC209F53D90C3A43/Acta_16_2_76_80.pdf>.

Sardá Júnior, J. J.; Kupek, E., Cruz, R.; Bartilotti, C. & Cherem, A. (2009). Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. **Acta Fisiátrica.** 16(2): 81-86. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/arquivos/anexosartigos/a284df1155ec3e67286080500df36a9a/acta_16_2_81_86.pdf>.

Sá-Silva, J. R.; Almeida, C. D. & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais.** 1(1): 1-15. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>.

Sato, L. (2003). Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: Jacque, M. G. & Codo, W. (Orgs.). (pp. 31-49). **Saúde Mental & Trabalho: leituras.** Petrópolis: Vozes;

Sato, L. (2002). Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública.** 18(5): 1147-1166. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n5/10988e.pdf>>.

Sato, L.; Lacaz, F. A. C. & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia.** 11(3): 281-288. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300005>.

Sato, L. & Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(4): 869-878. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400011&script=sci_arttext>.

Sato, L. & Souza, M. P. R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. **Psicologia USP**. 12(2): 29-47. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642001000200003&script=sci_arttext>.

Sato, L & Lacaz, F. A. C. (2000). **Cadernos de Saúde do Trabalhador: condições de trabalho e saúde dos trabalhadores(as) do ramo da alimentação**. São Paulo: Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://regiserenato.br.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/segurancanaalimentacao.pdf>>.

Serranheira, F.; Uva, A. S. & Espírito-Santo, J. (2008). Estratégia de avaliação do risco de lesões musculoesqueléticas de membros superiores ligadas ao trabalho aplicada na indústria de abate e desmancha de carne em Portugal. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 34(119): 58-66. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1005/100512332007.pdf>>.

Schuck, A. L. (2010). **Eles não falam, eles não vêm, eles não cuidam: direitos sexuais e direitos reprodutivos dos homens no contexto da saúde pública**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia). UNOCHAPECÓ, Chapecó/SC. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.unochapeco.edu.br/publicacoes-cientificas/detalhes/186721>>.

Seliar, M. (2007). História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 17(1): 29-41. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>.

Seligmann-Silva, E. (2011). **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez.

- Silva, G. V.; Grando, M. R. & Pinheiro, R. D. C. (2003). **Plano estadual de saúde do trabalhador** Florianópolis: Santa Catarina.
- Smith, A. (2003). **A riqueza das nações**. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1776).
- Strauss A. & Corbin, J. (2008). **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Talamini, D. J. & Kimpara, D. (1994). Os complexos agroindustriais de carne e o desenvolvimento do Oeste de Santa Catarina. **Revista de Política Agrícola**. 3(2): 11-15. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.slideshare.net/MinAgriculturaBrasil/revista-de-politica-agrícola-ano-3-n-02-1994>>.
- Takeda, F. (2010). **Configuração ergonômica do trabalho em produção contínua: o caso de ambiente de cortes em abatedouro de frangos**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa/PR. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/dissertacoes/arquivos/143/Dissertacao.pdf>>.
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13(1): 195-206. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>>.
- Todeschini, R. & Lino, D. (2010). A importância social do Ntep e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In: Machado, J.; Soratto, L. & Codo, W. **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. (pp. 23-35). Petrópolis: Vozes.
- Triviños, A. N. S. (1990). **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlantas.
- Ulla, S. & Remor, E. (2003). La investigación en el hospital: tendiendo puentes entre la teoría y la práctica. In: E. Remor; P. Arranz & S. Ulla (Orgs.). **El psicólogo en el ámbito hospitalario** (pp. 161-177). Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología.

Valla, V. V. & Lacerda, A. (2004). As propostas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: R. Pinheiro & R. D. Mattos (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade** (pp. 169-196). Rio de Janeiro: Hucitec.

Vargas, D. & Dias, A. P. V. (2011). Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 19(5): [09 telas]. Recuperado em 13.abr.2012 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_08.pdf>.

Vasques-Menezes, I. (2004). Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica?. In: Codo, W. (org.). **O trabalho enlouquece?** (pp. 23-52). Petrópolis: Vozes.

Veiga, J. E. (2003). **Cidades imaginárias: O Brasil é menos urbano do que se calcula**. (2ª ed). Campinas: Autores Associados.

Verdi, M. & Coelho, E. B. S. (2005). Do higienismo ao SUS: a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: M. Verdi; A. Boehs & M. F. Zampieri (Orgs.). **Enfermagem na Atenção Primária: textos fundamentais** (pp. 32-74). vol. I. Florianópolis: Departamento de Enfermagem e Saúde Pública/UFSC.

Zago, N. (2003). A entrevista e seu processo de constituição: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: N. Zago; M. P. de Carvalho & R. A. T. Vilela (Orgs.). **Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação** (pp. 287-309). Rio de Janeiro: DP&A.

Zanella, A. V. (2008). Reflexões sobre pesquisa em psicologia, método(s) e “alguma” ética. In: K. S. Ploner, Michels, L. R. F., Schlindwein, L. M. & Guareschi, P. A. (Orgs.). **Ética e paradigmas na Psicologia Social** (pp. 46-58). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Zanella, A. V. & Sais, A. P. (2008). Reflexões sobre o pesquisar em psicologia como processo de criação ético, estético e político. **Análise Psicológica**. 4(XXVI): 679-687. Recuperado em 13.abr.2012 de <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a12.pdf>>.

APÊNDICES

Apêndice A – Autorização da Prefeitura Municipal de Chapecó para a realização da pesquisa



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Chapecó
Secretaria da Saúde de Chapecó

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: O SOFRIMENTO DE TRABALHADORES DA AGROINDÚSTRIA USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, e cumprerei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Chapecó, 06/11/2009

Nemésio Carlos da Silva
Secretário da Saúde de Chapecó

Nemésio Carlos da Silva
CPF: 447.398.009-33
Secretário Municipal de Saúde

Apêndice B – Roteiro de entrevista com trabalhadores usuários do Centro Integrado de Saúde

Data da entrevista ___/___/___ Número do SUS _____

Área: _____ Agente de saúde: _____

Identificação

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Nível de escolaridade:

() Não possui () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Técnico incompleto

() Técnico completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

Naturalidade: _____ UF: _____

Sempre morou em Chapecó? () Sim () Não Onde?

Se não, há quanto tempo reside em Chapecó?

Motivo da mudança: _____

Estado civil:

() Casado/a () Solteiro/a () Separado/a

() Viúvo/a () Outros _____

Possui Filhos? () Não () Sim Quantos?

Com quem ficam os filhos menores de 12 anos enquanto está no trabalho?

Cônjuge () irmãos () Escola () Sozinhos ()

Outro: _____

Reside com: () Pais () Sozinho () Amigo () Família (conjugue, filhos)

() Outros _____

Local de trabalho: _____

Tempo de serviço nesta agroindústria: _____

Cargo atual no trabalho: _____

Trabalhou antes em outra agroindústria? () não () sim Por quanto tempo? _____

Contexto de trabalho nas agroindústrias

- 1) Quais foram teus trabalhos antes de ingressar nesta agroindústria?
- 2) Poderias me descrever um dia típico de seu posto de trabalho? (o que faz, como faz, em que ritmo faz)
- 3) Ocorre rodízio de funções? De que forma?
- 4) Como são os teus horários de trabalho e de intervalos/ pausas (para refeições, descanso, ginástica laboral, uso de banheiro etc.)
- 5) Em que turno você trabalha? O que o trabalho neste turno possibilita e/ou dificulta?
- 6) Como é o pagamento do salário (fixo, horas extras, descontos)?
- 7) Existe algum tipo de fiscalização em relação ao seu trabalho? Como ela ocorre?
- 8) Existe alguma situação que lhe ofereça risco no seu trabalho?
- 9) Como são as condições de trabalho no seu posto no que se refere a aspectos como temperatura, ruído, odores, iluminação, espaço físico etc.?
- 10) E como são as condições no que se refere aos equipamentos que você utiliza?
- 11) Como você observa as relações no espaço de trabalho com chefias e colegas?
- 12) Como são as possibilidades de qualificação e ascensão profissional no seu trabalho?
- 13) No futuro você imagina que continuará trabalhando com o mesmo tipo de atividade?
- 14) Quais são os aspectos positivos e negativos do seu trabalho?

Problemas de saúde relacionados ao trabalho

- 15) Você tem algum problema de saúde no momento?
- 16) A que você associa este problema de saúde?
- 17) Como foi a evolução do teu problema de saúde (de quando iniciou até o momento)?
- 18) Você já sofreu algum acidente de trabalho? Como aconteceu?
- 19) Você já recebeu algum atestado médico e/ou licença para afastamento do trabalho? Por quanto tempo? Por quais motivos?

A atenção à saúde do trabalhador na rede de saúde

- 20) Você procura ou já procurou alguma ajuda para lidar com as dificuldades/problemas de saúde? Onde se deu esta busca?
- 21) Em que momento você procurou ajuda para lidar com esta dificuldade junto aos serviços de saúde?
- 22) Em quais serviços você procurou atendimento em saúde?

- 23) Quais foram os encaminhamentos que você recebeu nos atendimentos realizados nestes serviços?
- 24) Você faz uso de algum medicamento? Qual?
- 25) Que dificuldades e facilidades você destacaria em relação aos atendimentos em saúde relacionados as dificuldades apresentadas
- 26) Você teria alguma sugestão para os serviços de saúde para te sentir acolhida(o) em relação as demandas de saúde que você tenha?

Apêndice C – Roteiro de entrevista com profissionais de saúde do CIS

Data da entrevista ____/____/____ N° _____

Dados de identificação

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Nível de escolaridade: _____

Serviço de saúde em que atua _____

Função atual no trabalho: _____

Tempo em que atua nesta função: _____

Já trabalhou em outro serviço de saúde anteriormente:

sim () não ()

Se sim, qual: _____

01. O que é saúde do trabalhador para você?
02. Como você vê as ações voltadas à saúde do trabalhador no centro de saúde em que atua?
03. Quais as dificuldades e/ou potencialidades da rede de saúde para lidar com as demandas de saúde do trabalhador?
04. Qual você acha que é o papel da tua profissão no que diz respeito à saúde do trabalhador?
05. Como você avalia a estratégia de saúde da família nas ações voltadas à saúde do trabalhador?
06. Quais as principais demandas em saúde do trabalhador que você observa neste centro de saúde?
07. Você percebe relação entre as queixas/demandas dos usuários da agroindústria e o trabalho que os mesmos realizam? Quais?
08. Como você lida com as demandas apresentadas por esses trabalhadores? Quais os encaminhamentos mais comuns?
09. Como você percebe os efeitos desses encaminhamentos sobre os processos de saúde doença dos trabalhadores usuários?
10. Como são as emissões de atestados médicos, CAT e notificações para estes trabalhadores no CIS (quantidade, solicitações etc.).
11. Vocês percebem alguma diferença entre as questões relacionadas à saúde dos homens e das mulheres que trabalham nas agroindústrias?
12. Quanto aos trabalhadores afastados e/ou aposentados deste setor, o que você observa (em termos de quantidade, do uso que fazem do CIS, do atendimento que recebem?)
13. Como você vê as demandas em saúde mental dos trabalhadores da agroindústria atendidos neste serviço?

Apêndice D – Roteiro de entrevista com profissional do INSS

Data da entrevista ____ / ____ / ____ N° _____

Dados de identificação

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Nível de escolaridade: _____

Serviço de saúde em que atua _____

Função atual no trabalho: _____

Tempo em que atua nesta função: _____

Já trabalhou em outro serviço de saúde anteriormente:

sim () não ()

Se sim, qual: _____

- 1) A partir do teu trabalho junto ao INSS, como você vê as ações voltadas à saúde do trabalhador do município? (dificuldades, avanços, desafios)
- 2) Como você vê o papel dos diferentes serviços de saúde do município em relação ao campo da saúde do trabalhador?
- 3) Quais é o papel do INSS em relação à saúde do trabalhador?
- 4) Quais as dificuldades e potencialidades do INSS em relação às ações de saúde do trabalhador?
- 5) Como você vê as ações de reabilitação profissional no município?
- 6) Quais as doenças relacionadas ao trabalho mais comuns no município? Estão vinculadas a quais setores profissionais?
- 7) Como você vê a questão das notificações, emissão de CAT e o estabelecimento do NTEP no município e região?
- 8) Como você percebe o processo de adoecimento dos trabalhadores da agroindústria na região (incidência, características, encaminhamentos)?
- 9) Quais são os encaminhamentos que esses trabalhadores recebem nos serviços da rede?
- 10) Como você percebe os efeitos das ações deste serviço sobre os processos de saúde doença dos trabalhadores usuários?
- 11) Você percebe alguma diferença entre as questões relacionadas à saúde dos homens e das mulheres que trabalham nas agroindústrias?

Apêndice E – Roteiro de entrevista com profissionais da saúde do CRESME

Data da entrevista ____/____/____ N° _____

Dados de identificação

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Nível de escolaridade: _____

Serviço de saúde em que atua _____

Função atual no trabalho: _____

Tempo em que atua nesta função: _____

Já trabalhou em outro serviço de saúde anteriormente:

sim () não ()

Se sim, qual: _____

01. Quais profissionais que atendem no CRESME?
02. Qual o papel deste serviço na rede de saúde?
03. Como se dá os encaminhamentos dos outros serviços para o CRESME? (quantidade, situações mais encaminhadas)?
04. Como vocês veem as ações voltadas à saúde do trabalhador no CRESME? (dificuldades, potencialidades)
05. Qual vocês acham que é o papel do médico no que diz respeito à saúde do trabalhador no serviço de especialidade?
06. Vocês percebem relação entre as queixas dos usuários das agroindústrias e o trabalho que os mesmos realizam? Quais?
07. Como vocês lidam com as demandas apresentadas por esses trabalhadores? Quais os encaminhamentos mais comuns?
08. Como vocês percebem os efeitos desses encaminhamentos sobre os processos de saúde e doença dos trabalhadores usuários?
09. Como são as emissões de atestados médicos, CAT e notificações para esses trabalhadores no CRESME (quantidade, solicitações etc.)
10. Vocês percebem alguma diferença entre as questões relacionadas à saúde dos homens e das mulheres que trabalham nas agroindústrias?
11. Como você vê as demandas em saúde mental dos trabalhadores da agroindústria atendidos neste serviço?

Apêndice F – Roteiro de entrevista com profissional da Gerência de Atenção Especializada e Serviço Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional

Data da entrevista ____/____/____ N° _____
 Dados de identificação
 Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____
 Nível de escolaridade: _____
 Serviço de saúde em que atua _____
 Função atual no trabalho: _____
 Tempo em que atua nesta função: _____
 Já trabalhou em outro serviço de saúde anteriormente:
 sim () não ()
 Se sim, qual: _____

- 1) Quais os serviços e ações que o município de Chapecó tem atualmente no campo da saúde do trabalhador?
- 2) Quais as dificuldades e potencialidades que são possíveis identificar hoje em relação a esses serviços? (CEREST, equipe de referência em saúde do trabalhador etc.)
- 3) Como você vê atenção básica em relação a sua atuação no campo da saúde do trabalhador no município de Chapecó?
- 4) Qual o papel do Serviço Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional? Como ele está estruturado?
- 5) Quais as doenças relacionadas ao trabalho mais comuns no município? Estão vinculadas a quais setores profissionais?
- 6) Como vê as questões de notificação, emissão de CAT, reabilitação em saúde do trabalhador, e fiscalização realizadas por meio da rede pública de saúde?
- 7) Como você percebe os processos de adoecimento dos trabalhadores da agroindústria na região (incidência, características, encaminhamentos)?
- 8) Quais são os encaminhamentos mais comuns no atendimento a esses trabalhadores?
- 9) Como você avalia a experiência do Grupo de Reabilitação Profissional para os trabalhadores das agroindústrias?
- 10) Você percebe alguma diferença entre as questões relacionadas à saúde dos homens e das mulheres que trabalham nas agroindústrias?

Apêndice G – Roteiro de entrevista com profissionais da saúde – CEREST

Data da entrevista ____/____/____ N° _____

Dados de identificação

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Nível de escolaridade: _____

Serviço de saúde em que atua _____

Função atual no trabalho: _____

Tempo em que atua nesta função: _____

Já trabalhou em outro serviço de saúde anteriormente:

sim () não ()

Se sim, qual: _____

- 1) Qual é o papel do CEREST em relação a saúde do trabalhador nesta região?
- 2) Quais as dificuldades e potencialidades do CEREST para implementação de suas ações no município?
- 3) Como vocês veem o papel dos diferentes serviços de saúde do município em relação as ações voltada ao campo da saúde do trabalhador?
- 4) Qual vocês compreendem que é o papel da atenção básica no campo da saúde do trabalhador e como observam este nível de atenção no município de Chapecó?
- 5) Como vocês veem a questão das notificações e emissão de CAT no município e região (e os sistemas de informações)?
- 6) Como vocês veem as questões de saúde mental relacionadas ao trabalho quanto a incidência no município, estabelecimento denexo, notificação e intervenções realizadas na rede de saúde?
- 7) Quais as doenças relacionadas ao trabalho mais comuns no município? Estão vinculadas a quais setores profissionais?
- 8) Como vocês percebem os processos de adoecimento dos trabalhadores da agroindústria na região (incidência, características, encaminhamentos)?
- 9) Como vocês percebem o percurso que estes trabalhadores fazem pela rede de saúde (encaminhamentos que eles recebem)?
- 10) Quais as possibilidades de ação do CEREST junto a este setor produtivo?

Apêndice H – Roteiro de entrevista com ex-trabalhador da agroindústria vinculado ao sindicato e ADVT

Data da entrevista ____/____/____ N° _____

Dados de identificação

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Nível de escolaridade: _____

Serviço de saúde em que atua _____

Função atual no trabalho: _____

Tempo em que atua nesta função: _____

Já trabalhou em outro serviço de saúde anteriormente:

sim () não ()

Se sim, qual: _____

- 1) A partir da tua experiência de trabalho na agroindústria, como você vê as condições de trabalho neste setor?
- 2) Como você percebe os processos de adoecimento dos trabalhadores da agroindústria na região (incidência, características, encaminhamentos)?
- 3) Como vocês percebem o percurso que estes trabalhadores fazem pela rede de saúde (encaminhamentos que eles recebem, notificações, emissão de CAT)?
- 4) Como você vê o papel do sindicato e da ADVT em relação a saúde do trabalhador deste setor?
- 5) Quais as dificuldades e possibilidades de ação do sindicato e da ADVT junto a este setor?
- 6) A partir de tua inserção no sindicato e na ADVT, como você vê a rede de atendimento a saúde do trabalhador no município de Chapecó (saúde pública, rede de saúde privada)?

Apêndice I - Termo de consentimento livre e esclarecido para as entrevistas



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós- Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Márcia Luíza Pit Dal Magro, sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Convido-o(a) a participar do processo de levantamento de informações de minha tese de doutorado, sob orientação da Professora Dra. Maria Chalfin Coutinho e co-orientação da Professora Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. A pesquisa se intitula “A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS” e tem como objetivo Compreender o processo de constituição do sofrimento dos trabalhadores da agroindústria usuários dos serviços de atenção básica no município de Chapecó – SC. Esse estudo é importante para compreender a relação entre a saúde do trabalhador e os processos de trabalho nas agroindústrias, bem como a inserção e utilização que esses trabalhadores fazem dos serviços de saúde, especialmente a Atenção Básica, no sentido de contribuir com o debate no campo da saúde do trabalhador.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, consentindo a minha presença junto a você, para realizar entrevista. A mesma será registrada, sem qualquer identificação. As entrevistas serão gravadas em áudio, sendo que seu nome, ou qualquer dado que possa lhe identificar, não serão utilizados. A sua participação é absolutamente voluntária, estando a pesquisadora à disposição para qualquer esclarecimento, de modo que a sua recusa em participar, não trará qualquer penalidade ou prejuízo para você. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento, até o término da coleta dos dados.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicito a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação

adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone (49) 84012084, pelo e-mail mapit@unochapeco.edu.br ou junto ao de Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas através das entrevistas só serão utilizadas neste trabalho.

Márcia Luíza Pit Dal Magro
Principal

Maria Chalfin Coutinho Pesquisador
Pesquisadora Responsável

Consentimento Pós-Infomação

Eu _____,
RG _____ abaixo assinado, declaro por meio deste, meu consentimento em participar da pesquisa “*Sofrimento e trabalho: o caso dos trabalhadores da agroindústria usuários dos serviços de atenção básica*”.

Chapecó, ____ de _____ de 2010.

Assinatura

Apêndice J – Termo de consentimento livre e esclarecido para consulta a prontuário



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós- Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Márcia Luíza Pit Dal Magro, sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Convido-o(a) a participar do processo de levantamento de informações de minha tese de doutorado, sob orientação da Professora Dra. Maria Chalfin Coutinho e co-orientação da Professora Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. A pesquisa se intitula “A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS AGROINDÚSTRIAS” e tem como objetivo Compreender o processo de constituição do sofrimento dos trabalhadores da agroindústria usuários dos serviços de atenção básica no município de Chapecó – SC. Esse estudo é importante para compreender a relação entre a saúde do trabalhador e os processos de trabalho nas agroindústrias, bem como a inserção e utilização que esses trabalhadores fazem dos serviços de saúde, especialmente a Atenção Básica, no sentido de contribuir com o debate no campo da saúde do trabalhador.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, consentindo que eu consulte seu prontuário junto a Unidade Básica de Saúde a que está vinculado. Ressalto que seu nome, ou qualquer dado que possa lhe identificar, não serão utilizados. A sua participação é absolutamente voluntária, estando a pesquisadora à disposição para qualquer esclarecimento, de modo que a sua recusa em participar, não trará qualquer penalidade ou prejuízo para você. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento, seja durante o período de observação ou da entrevista, até o término da coleta dos dados.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicito a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação

adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone (49) 84012084, pelo e-mail mapit@unochapeco.edu.br ou junto ao de Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas através do seu prontuário serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Márcia Luíza Pit Dal Magro Maria Chalfin Coutinho Pesquisador
Principal Pesquisadora Responsável

Consentimento Pós-Infomação

Eu _____,
RG _____ abaixo assinado, declaro por meio deste, meu consentimento em participar da pesquisa “*Sofrimento e trabalho: o caso dos trabalhadores da agroindústria usuários dos serviços de atenção básica*”.

Chapecó, ____ de _____ de 2010.

Assinatura