



Relações de poder na atenção à saúde do trabalhador formal: o caso da indústria de abate e processamento de carnes

Márcia Luíza Pit Dal Magro ^a

Maria Chalfin Coutinho ^b

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré ^b

Power relations in workers' health care: a case study on the slaughterhouse and meat processing industry

Resumo

Introdução: as exigências de produção, em oposição às necessidades dos trabalhadores transformam, a assistência à sua saúde em uma arena de conflitos. **Objetivo:** analisar os jogos de poder relacionados ao adoecimento e ao afastamento do trabalho na atenção à saúde dos trabalhadores da indústria de abate e processamento de carnes. **Método:** pesquisa de caráter qualitativo com 17 trabalhadores da indústria e 14 profissionais de saúde. As técnicas de coleta de dados foram pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e observação participante registrada em diário de campo. **Resultados:** atestados para afastamento do trabalho tornaram-se o principal alvo de controle dessa indústria nas ações de atenção à saúde dos trabalhadores, por meio de restrição, recusa e diminuição da emissão de atestados médicos. Por outro lado, o trabalhador busca o benefício previdenciário gerado pelo afastamento do trabalho por causa da garantia de independência material que proporciona durante o adoecimento. **Conclusão:** os afastamentos do trabalho estão no centro das relações de poder existentes entre trabalhadores, indústria e profissionais de saúde na atenção à saúde do trabalhador formal e têm impacto relevante no modo de se prestar a assistência e na implementação de políticas de saúde do trabalhador no Brasil.

Palavras-chave: absenteísmo; saúde do trabalhador; indústria de abate e processamento de carnes; relações de poder.

Abstract

Introduction: production demands, as opposed to workers' needs, result in their health assistance becoming a conflict arena. **Objective:** to analyze the power games related to workers' sick leaves in the slaughterhouse and meat processing industry. **Method:** qualitative research with the participation of 17 workers and 14 healthcare professionals. **Data collection through documentary research, semi-structured interviews and participant observation recorded in field notebook.** Results: sick leaves certificates became the industry main control related to workers' health care. This control is exerted through restricting, refusing and reducing the number of medical sick leave certificates. On the other hand, workers try to secure the financial benefit generated by their sick leave because of the guarantee of material independence that is provided during their illness. **Conclusion:** sick leaves are central in power relations among workers, industry and healthcare professionals, resulting in significant impacts in the way health care is provided and for the implementation of workers' health policies in Brazil.

Keywords: sick leave; occupational health; slaughterhouse and meat processing industry; power relations.

^a Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, Chapecó, SC, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, SC, Brasil.

Contato:

Márcia Luíza Pit Dal Magro

E-mail:

mapit@unochapeco.edu.br

Este trabalho contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio de bolsa de doutorado PDEE.

As autoras declaram não haver conflitos de interesses e que este trabalho não foi apresentado em reunião científica

Esta pesquisa constitui parte de tese de doutorado de Márcia Luíza Pit Dal Magro intitulada "Entre a saúde e a norma: a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias do oeste de Santa Catarina", defendida em 2012 na Universidade Federal de Santa Catarina.

Recebido: 07/07/2014

Revisado: 03/11/2015

Aprovado: 05/11/2015

Introdução

As últimas quatro décadas marcaram avanços importantes em relação à Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil, abrangendo tanto a introdução de novas abordagens teórico-metodológicas que dão visibilidade à relação entre o trabalho e os processos de saúde e doença quanto a construção de um marco regulatório para o campo da ST. Apesar dos avanços registrados, uma contradição fundamental permanece desde as primeiras ações em ST no país e desafia a manutenção e ampliação dos direitos conquistados. Essa contradição diz respeito à atenção à saúde que se desenvolve em um cenário no qual crescentes exigências da produção opõem-se às necessidades dos trabalhadores.

Quanto à atenção à saúde do trabalhador formal, essa contradição fica ainda mais explícita, já que é desenvolvida em diferentes espaços institucionais, com objetivos e práticas distintas. Estas compreendem empresas, especialmente por meio dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), organizações de trabalhadores como sindicatos, planos de saúde privados e o Estado, através de serviços de saúde na rede pública¹.

As ações em ST realizadas nos espaços mencionados são permeadas por questões como o direito dos trabalhadores acidentados e adoecidos à permanência no sistema de proteção social do Estado garantido pelo trabalho formal; as atribuições do profissional de saúde, a quem cabe facilitar ou restringir essa permanência por procedimentos como a emissão de atestados para afastamento do trabalho; e pela tentativa de empregadores de se isentarem da responsabilização pelos agravos à saúde de seus funcionários e de manter a força de trabalho. Nesse contexto, a atenção à saúde do trabalhador se transforma em arena de disputas e conflitos que envolvem diferentes atores e lutas a partir da posição e dos respectivos interesses, em uma dinâmica baseada nas relações de poder.

Os jogos de poder são compreendidos como a integração e a coordenação de relações entre múltiplas forças, considerando que os sujeitos sobre os quais se exerce o poder são ativos e constituem um campo de respostas, reações e invenções possíveis². Nesse contexto, práticas terapêuticas, entre as quais o afastamento do trabalho pela emissão de atestados de saúde, são objetos de disputa e conflito no âmbito desses jogos de poder. Assim, este estudo traz reflexões sobre as relações de poder tecidas no contexto da assistência à saúde dos trabalhadores da indústria de abate e processamento de carnes.

Essa indústria conquistou grande importância econômica no cenário nacional, como mostra o

relatório da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação³, que apontou o Brasil como o maior exportador de aves do mundo, responsável por um terço do comércio global. A geração de empregos também é fator de destaque nessa indústria, tendo em vista que a fusão das duas grandes empresas do setor (Sadia e Perdigão) criou uma das maiores companhias de alimentos do mundo e a maior empregadora do país, com mais de 100 mil funcionários⁴.

O estado de Santa Catarina liderava, até 2008, a produção e exportação de aves no Brasil⁵, sendo que Chapecó (SC), local em que foi desenvolvida esta pesquisa, é considerada pelos autores⁵ o centro agroindustrial mais importante do país nesse setor econômico. No município, aproximadamente 18% da força de trabalho ocupada está empregada na indústria de abate e processamento de carnes⁶.

O setor também é amplamente reconhecido pelos altos índices de afastamento do trabalho, especialmente por causa de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e doenças mentais, como foi constatado no estudo de Sardá et al.⁷ Também nesse sentido, a pesquisa que mapeou o perfil dos agravos à saúde que atingiram os trabalhadores de Santa Catarina entre 2005 e 2011 indica que o número de afastados por motivos de saúde no estado é 48% maior que a média nacional, e que o setor econômico que mais registrou afastamentos foi o de abate e processamento de carnes⁸. Essa problemática levou à instituição da Norma Regulamentadora do Trabalho NR 36⁹, que reconhece e propõe formas de controle e eliminação de diversos riscos específicos nas atividades da indústria.

Considerando as dificuldades apontadas, a pesquisa teve como objetivo analisar os jogos de poder relacionados ao adoecimento e afastamento do trabalho na atenção à saúde dos trabalhadores da indústria de abate e processamento de carnes. Além disso, compreender de que forma se constitui esse processo – e quais são suas implicações e atravessamentos para os diferentes atores envolvidos – pode contribuir para aprofundar as reflexões sobre o tema e a discussão das ações da sociedade civil e das políticas públicas nesse campo.

Método

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e se caracteriza como estudo descritivo exploratório de corte transversal. O processo de investigação aconteceu em 2010, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na região mais populosa de Chapecó (SC), próxima a três grandes indústrias de abate e processamento de carnes.

Dois grupos participaram da investigação: 17 trabalhadores da indústria de abate e processamento de carnes do município e 14 profissionais de saúde que atuavam na rede pública do município em questão. A quantidade de participantes foi definida a partir do critério de saturação apresentado por Strauss e Corbin¹⁰.

Os critérios para escolha dos trabalhadores das indústrias incluíram “atuar nas linhas de produção de alguma das grandes empresas do setor agroindustrial da região no momento da pesquisa” e “apresentar queixas de saúde relacionadas à atividade profissional”. Assim, todos os entrevistados usavam esporádica ou continuamente os serviços de saúde devido a problemas de saúde e moravam na área do serviço de atenção básica citado. Foram identificados com o auxílio das equipes da Estratégia de Saúde da Família e contatados inicialmente por agentes de saúde.

Em relação ao grupo de profissionais de saúde, o critério de escolha foi que estivessem vinculados a serviços que se destacavam no percurso dos trabalhadores usuários pela rede de saúde. Nesse sentido, a seleção desses sujeitos de pesquisa iniciou depois de aproximadamente três meses de observação participante e a realização de cinco entrevistas com os trabalhadores usuários, nas quais foram mapeados os principais serviços utilizados em razão do agravo na saúde. Esse grupo de entrevistados foi composto por três sujeitos ligados ao Centro de Referências em Especialidades Médicas (Cresme); seis, a uma UBS, e um profissional vinculado ao serviço municipal de fisioterapia.

Levando-se em conta que a escolha dos participantes em um estudo qualitativo deve contemplar os sujeitos que têm participação mais significativa em relação aos objetivos propostos pelo estudo, como afirma Gonzáles Rey¹¹, foram agregados ao grupo de profissionais de saúde outros sujeitos de pesquisa vinculados a serviços importantes para analisar a configuração do campo da saúde do trabalhador na região estudada. Os participantes foram escolhidos entre os que eram capazes de prover informações relevantes, sendo altamente singulares em relação ao problema estudado. Assim, também foram entrevistados um profissional do Serviço Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional, dois profissionais de saúde do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), um membro da Associação dos Vitimados do Trabalho (ADVT) e um profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS).

Dos trabalhadores entrevistados, 13 eram mulheres e 4 homens. A idade variou entre 24 e 45 anos. Em relação à escolaridade, 7 trabalhadores tinham o ensino fundamental e 10 tinham o ensino médio. Foram entrevistados trabalhadores de três grandes empresas do setor agroindustrial do município, que atuavam nas linhas de produção em diferentes ocupações. Outro aspecto relevante é que 13 estavam afastados do trabalho e recebiam auxílio-doença no momento da pesquisa.

As técnicas e instrumentos de pesquisa utilizados para o levantamento de informações foram a observação participante registrada em diário de campo, entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental. A observação participante, de acordo com Minayo¹², ocorre pela presença ativa do pesquisador no contexto observado, no qual se relaciona com os sujeitos que observa, estabelece diálogos, vínculos e participa dos eventos que ocorrem nesse cotidiano.

Foram observadas as seguintes atividades: reuniões semanais de duas equipes de saúde da família; reuniões mensais com os profissionais da Unidade Básica de Saúde; visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde; consultas médicas, atividades de acolhida realizadas por acadêmicos de um projeto ligado ao Pró-Saúde^c com os usuários que apresentavam queixas de saúde mental e saúde do trabalhador. A observação participante se deu durante um ano na UBS em questão e permitiu visualizar o fluxo de encaminhamento dos trabalhadores na rede de saúde, compreender quais demandas da saúde do trabalhador estavam sendo atendidas na atenção básica e como essas demandas eram organizadas na rede.

O vínculo criado com os profissionais a partir da convivência no campo possibilitou estabelecer diálogos que não seriam possíveis sem essa inserção, assim como facilitou o acesso aos trabalhadores do setor que faziam uso daquele serviço.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente com trabalhadores da indústria e profissionais de saúde. A entrevista com o primeiro grupo foi organizada a partir dos seguintes campos: identificação; contexto de trabalho na indústria; problemas de saúde relacionados ao trabalho; atenção à saúde do trabalhador na rede de saúde. Em relação aos profissionais de saúde, os roteiros de entrevista foram elaborados considerando-se a profissão e o serviço a que estavam vinculados esses sujeitos da pesquisa, sendo que os campos a partir dos quais se organizaram as perguntas foram: identificação;

c. Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde que representa a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com a cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tendo como eixo central integrar a formação dos profissionais da saúde e a Rede SUS, com ênfase na atenção básica. Na ocasião, a primeira autora atuava como docente em um projeto do programa¹³.

funcionamento do serviço de saúde quanto ao atendimento à saúde do trabalhador; saúde do trabalhador da agroindústria.

A pesquisa documental teve como foco os prontuários de saúde dos trabalhadores participantes do estudo disponíveis no serviço de atenção básica, e os materiais apresentados por eles na ocasião da entrevista. Os prontuários deram acesso ao histórico de saúde dos trabalhadores por meio dos registros das consultas médicas e de enfermagem realizadas na UBS e serviços de especialidades. Por intermédio desses documentos, evidenciaram-se questões como a frequência do uso dos serviços de atenção básica, as queixas em saúde apresentadas, as condutas adotadas pelos profissionais diante das queixas, como prescrição de medicamentos, emissão de atestados médicos, diagnósticos, encaminhamentos para realização de exames e serviços de especialidades.

Cabe apontar que, durante as entrevistas, era comum que os trabalhadores mostrassem outros registros do atendimento pela rede de saúde, que não constavam nos prontuários da atenção básica. Esses registros referiam-se a resultados de exames, atestados médicos, diagnósticos, comunicações de acidentes de trabalho (CAT), encaminhamentos de auxílio-doença, medicamentos usados pelos trabalhadores, entre outros.

A organização e a análise das informações se deram com base na teoria fundamentada nos dados¹⁰, metodologia que permite ao pesquisador combinar diferentes fontes de informação na análise. Neste artigo, são abordadas duas das categorias que emergiram no estudo, as quais serviram de base para a construção do item “Resultados e discussão”. A primeira dessas categorias denomina-se “o controle da indústria em relação aos afastamentos do trabalho” e é composta por quatro subcategorias: restrição na emissão de atestados médicos; articulação/influência das empresas do setor agroindustrial nos serviços de saúde; recusa ou diminuição do período de afastamento do trabalho; descontos salariais relacionados aos afastamentos do trabalho. A segunda categoria foi intitulada “busca dos trabalhadores pelo atestado” e possui as seguintes subcategorias: “limitação da capacidade laboral pelo adoecimento”; “risco do desemprego”; “baixa qualificação profissional”; “estratégia para lidar com relações de trabalho precárias”.

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 (parecer nº 473/12), de acordo com o que previa a resolução

nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, vigente quando a pesquisa foi realizada.

Resultados e discussão

O controle da indústria em relação aos afastamentos do trabalho por agravos em saúde

De acordo com o documento sobre doenças relacionadas ao trabalho¹⁵, o afastamento da atividade laboral faz parte dos procedimentos terapêuticos realizados no atendimento aos trabalhadores, que, devido às condições de saúde, necessitam de repouso, terapias, interrupção da exposição a fatores de risco presentes nas condições e/ou ambientes de trabalho. O afastamento do trabalho acontece pela emissão de atestados médicos, regulamentada pela Lei nº 605 de 1949¹⁶, que define o atestado como forma de comprovação de incapacidade laboral temporária devido à enfermidade, na justificativa da ausência ao emprego.

Destaca-se que, para trabalhadores contribuintes da previdência social, de acordo com a Medida Provisória 664¹⁷, os afastamentos do trabalho em decorrência de doença, seja comum ou acidentária, superiores a 30 dias dão direito ao auxílio-doença, concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)^d.

Quanto às ações da assistência à saúde dos trabalhadores do setor agroindustrial, os resultados desta pesquisa indicam que a emissão de atestados médicos para o afastamento das atividades laborais é prática comum, resultado que corrobora estudos e normatizações anteriormente destacados, como o de Sardá e colaboradores⁷. Os altos índices de afastamento do trabalho pela emissão de atestados médicos na indústria de alimentos causam impactos econômicos importantes no setor.

Nessa direção, estudos como o de Cardoso e colaboradores¹⁹ indicam que a elevação nas taxas de rotatividade e de absenteísmo de pessoal, para a qual os agravos em saúde contribuem de modo decisivo, tem relação direta com o aumento do custo de produção. Esses fatores ajudam a delinear a tese construída a partir dos resultados desta pesquisa de que essa prática terapêutica se apresentou como centro das relações de poder entre trabalhadores, profissionais de saúde e indústria, sendo esta última a principal detentora do controle em relação à atenção à saúde dos trabalhadores. Diversas são as formas de exercer esse controle como: restringir a emissão de atestados médicos; articular entre as

d Essa MP alterou o que estava previsto pelo Decreto de Lei nº 3.048¹⁸, vigente no período em que foi realizada a pesquisa aqui apresentada, aumentando de 15 para 30 dias o período de afastamento do trabalho que dá o direito ao auxílio-doença concedido pelo INSS.

empresas do setor agroindustrial e a rede de saúde para evitar afastamentos; recusar ou diminuir o período de afastamento do trabalho concedido por profissionais da rede de saúde; descontar salários durante o afastamentos do trabalho.

Restrição na emissão de atestados médicos

A restrição na emissão de atestados médicos ocorre nos atendimentos realizados nos SESMT, serviços obrigatórios e regulamentados pela NR4²⁰, que, no caso das empresas estudadas, oferecem consultas com médicos do trabalho aos funcionários. De acordo com Mendes e Dias²¹, a atenção à saúde realizada nos SESMT está pautada nos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, cujas práticas historicamente são tuteladas pelos interesses dos empregadores. Essa análise é corroborada pelo estudo de Vasconcellos e Pignati²², o qual conclui que a medicina do trabalho não atende aos postulados éticos e científicos da medicina por não fazer parte da medicina curativa ou da preventiva, sendo mais uma ferramenta de gestão subserviente aos interesses do processo produtivo.

A restrição na emissão de atestados médicos é mencionada pelos 17 trabalhadores entrevistados, como ilustra a fala de uma trabalhadora quando diz:

Eu fiquei dez anos tratando do meu problema lá na empresa; que eu me lembre eu peguei uma vez um atestado de cinco dias, outra vez um de oito dias, mas porque o médico se obrigou a me dar já que eu não podia mais caminhar e mexer o braço. Então ele me afastou só até normalizar um pouco, amolecer o braço, porque lá eles não gostam de dar atestado (Trabalhadora industrial 2).

Seguindo a mesma linha da fala da Trabalhadora industrial 2, os demais dados deste estudo indicam que, dentro das fábricas, emitir atestados médicos para afastamento do trabalho ocorre como última alternativa, ou seja, quando o estado de saúde do trabalhador o impossibilita de realizar atividades laborais e já foram esgotados outros recursos terapêuticos, como a prescrição medicamentosa e a fisioterapia. Nesse contexto, cabe destacar o que mencionam Vasconcellos e Pignati²² – a medicina do trabalho no nas fábricas atua como mantenedora dos fatores determinantes dos agravos, limitando-se ao diagnóstico de aptidão para o trabalho, sendo que a ação principal, com frequência “se traduz na devolução do paciente às fontes determinantes de seu mal-estar original”.

Diferente dos acidentes de trabalho típicos, as doenças ocupacionais, como as incluídas entre as LER e as doenças mentais, não apresentam sinais observáveis, especialmente nos estágios iniciais, quando se trata das primeiras. Assim, as restrições nos afastamentos do trabalho são facilitadas pelos

tipos de agravo na saúde que mais afetam os trabalhadores do setor. De acordo com Foucault²³, a partir da introdução da anatomia patológica na medicina, os sinais assumem papel central no diagnóstico e nas terapêuticas das doenças. Assim, essa “invisibilidade” dos sinais e, conseqüentemente, do prejuízo à saúde, facilita sua negação e mascaramento no âmbito dos SESMT, contribui a medicalização por meio de fármacos como analgésicos e anti-inflamatórios, largamente utilizados quando há queixa de dores²⁴.

Articulação/influência das empresas do setor agroindustrial na rede de saúde para evitar afastamentos

Os resultados da pesquisa ora apresentada apontam que essas práticas na atenção à saúde dos trabalhadores só são possíveis porque há certo controle sobre os profissionais de saúde do setor. Para manter sua posição, muitos precisam seguir os parâmetros da saúde ocupacional que servem como dispositivo biopolítico de governo da força de trabalho. Assim, o relato dos entrevistados sugere que a assistência dada aos trabalhadores dentro da fábrica está mais comprometida em evitar ou reduzir o tempo de afastamento do trabalhador, para atender às demandas de produção, do que com sua saúde, como também aponta Lacaz²⁵. Como resultado dessa atuação dos profissionais de saúde, perde-se, como diz Merhy²⁶, a dimensão cuidadora na atenção à saúde do trabalhador, reduzida então a procedimentos técnico-instrumentais.

Corroborando a fala dos trabalhadores sobre a restrição na emissão de atestados, uma agente de saúde da UBS menciona a diferença na conduta de um médico que atua de forma concomitante na atenção básica e no SESMT de uma empresa:

Nós temos um médico que trabalha aqui de dia e em uma agroindústria de noite. Então tem muitos pacientes que consultam com ele lá e aqui também. Eles dizem que lá ele é mais durão, que pode estar mal como for que ele manda voltar a trabalhar. Mas, claro, porque lá ele é instruído para isso.

A demissão dos médicos do trabalho que não prestam assistência ao trabalhador a partir dos interesses da empresa foi mencionada de forma recorrente por trabalhadores e profissionais de saúde que participaram deste estudo, o que aponta a falta de autonomia desses profissionais no contexto fabril. Portanto, a assistência é claramente influenciada por conflitos de interesse que repercutem na atenção à saúde do trabalhador. Além disso, os entrevistados sugeriram que os profissionais que permanecem nesses cargos são os que se sujeitam ao controle da prática profissional.

A fim de assegurar o controle em relação à emissão dos atestados de afastamento do trabalho, as

empresas vinculam-se a profissionais e serviços de saúde privados. Um exemplo disso é a restrição de acesso aos médicos ortopedistas conveniados dos planos de saúde das empresas, relatada por 12 trabalhadores da indústria entrevistados. Vale destacar que essa especialidade médica ganhou mais relevância do que as demais, devido à alta prevalência das LER no setor.

O controle ao qual nos referimos se dá porque os médicos do trabalho da indústria precisam autorizar a consulta dos funcionários com os médicos ortopedistas da rede privada. Sendo assim, as empresas elegem alguns profissionais dos planos de saúde, que podem realizar o atendimento aos trabalhadores do setor. Isso é demonstrado pelo Trabalhador industrial 12 quando diz: “eles não querem que você vá ao especialista por conta própria, querem encaminhar para o médico que eles querem, eles têm uma lista lá de dois, três ortopedistas e você só pode consultar com aqueles”.

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”²⁷.

A atuação dos médicos ortopedistas indicados pelas empresas, de acordo com as descrições de quatro trabalhadores entrevistados que foram atendidos por esses profissionais, é muito semelhante àquela realizada pelos médicos do trabalho da indústria. Portanto, pode-se perceber que a assistência prestada está centrada na prescrição de medicamentos e se restringe à emissão de atestados para afastamento do trabalho.

Vale destacar que, por meio dos serviços públicos de saúde, como a UBS, o encaminhamento desses trabalhadores para médicos ortopedistas em razão de dores osteomusculares, apesar de comum, leva muito tempo, podendo chegar a três anos de espera, como indicam os prontuários de saúde estudados. Nesse sentido, observa-se que a demora leva os trabalhadores a utilizarem convênios particulares de saúde, nos quais o atendimento está sujeito ao controle das empresas.

No entanto, observou-se, com as entrevistas e o estudo dos prontuários, que o atendimento do médico especialista da rede pública acaba sendo

muito semelhante ao dos médicos das empresas e dos convênios particulares, ou seja, limitado à prescrição medicamentosa e indicação de fisioterapia. A forma de atuação dos diferentes serviços públicos de saúde indica, além da restrição de ofertas terapêuticas, a centralidade das ações de assistência em detrimento de ações de promoção, proteção e vigilância, que caracterizam a proposta de atenção integral à saúde do trabalhador, como destacam Dias e Hoefel²⁸. Para tornar efetivo esse modelo de atenção é imprescindível a intervenção no processo de trabalho adoeceador, o que também pressupõe ações intra e intersetoriais, que, na prática, ocorrem de forma muito pontual e descontínua.

Recusa ou diminuição do período de afastamento do trabalho realizado por profissionais da rede de saúde

Em relação à busca dos trabalhadores por distintos serviços de saúde e considerando-se a emissão de atestados para afastamento do trabalho nesses locais, as empresas usam outro dispositivo de controle: a recusa ou diminuição do período de afastamento. Isso é favorecido pela Lei nº 2.761²⁹ que estabelece uma ordem de preferência que subordina os atestados emitidos a partir de outros serviços de saúde à avaliação do médico do trabalho da empresa, salvo o INSS e o Serviço Social do Comércio ou da Indústria^e. Desse modo, o atestado médico que não observa essa ordem hierárquica não pode obrigar a empresa a remunerar o período de faltas do trabalhador.

Quanto à redução do período de afastamento, um dos critérios significativo nesse processo foi evitar ou retardar o auxílio-doença. Quinze trabalhadores entrevistados nesta pesquisa relataram receber atestados médicos para afastamentos do trabalho que foram reduzidos para que não tivessem o benefício da Previdência Social, dinâmica também revelada na pesquisa de Santos³⁰. Isso é ilustrado pela fala de um dos trabalhadores da indústria:

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.

e “A doença será comprovada mediante atestado de médico da instituição da previdência social a que estiver filiado o empregado e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de representação federal, estadual ou municipal incumbido de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha”²⁹.

A partir do momento que o trabalhador passa a receber o auxílio do INSS, a concessão do benefício previdenciário fica atrelada ao reconhecimento da incapacidade laboral pela perícia médica desse serviço. Assim, a avaliação do médico da Previdência Social não está sujeita ao médico do trabalho, e, nesse contexto, cabe ao INSS definir o período do afastamento do trabalhador. Quando isso ocorre, a empresa perde o controle sobre o afastamento do trabalhador, assim como do estabelecimento ou não do nexo entre trabalho e agravo na saúde, o que pode resultar em direitos trabalhistas previstos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como a estabilidade de um ano após o fim do auxílio-doença acidentário previsto na Lei nº 8.213, de 1991³¹. Portanto, a concessão do auxílio-doença também pode dar mais visibilidade social aos problemas de saúde que afetam esses trabalhadores.

No SUS o atendimento aos agravos em saúde do trabalhador pode acontecer nos três níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade, e nos serviços de urgência e emergência). No entanto, a atenção básica é destacada como espaço privilegiado para implementar ações de Saúde do Trabalhador no SUS por ser porta prioritária de entrada do sistema de saúde e localizar-se nos territórios em que os trabalhadores vivem e trabalham^{32,33}. 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 SUS¹.

Neste estudo, a Atenção Básica se confirmou como a principal porta de entrada dos trabalhadores da indústria de alimentos na rede de saúde e as UBS para lidar com as dificuldades em saúde relacionadas ao trabalho, sendo que, na assistência desse nível de atenção, com frequência, são emitidos atestados para o afastamento do trabalho. Nesse sentido, as falas dos sujeitos entrevistados indicam que a principal restrição da agroindústria diz respeito aos atestados emitidos por esses serviços. Contribui para a busca por atendimento na UBS, a gratuidade no atendimento realizado e a percepção dos trabalhadores sobre a independência dos profissionais de saúde dessas unidades em relação às empresas do setor agroindustrial – o que foi constatado pela nossa observação participante e pelas falas dos treze trabalhadores entrevistados.

Ao contrário do que ocorre nos serviços privados conveniados com as empresas e com os médicos do trabalho, nos serviços públicos de saúde, os profissionais demonstram maior autonomia na emissão de atestados para afastamento do trabalho. No entanto, a hierarquia imposta pela Lei nº 2.761²⁹ estabelece limites importantes à atenção à saúde desses trabalhadores ao continuar subordinando o atestado

emitido pelo SUS à avaliação do médico do trabalho da indústria. Essa questão pode ser observada na fala de um médico da UBS:

A gente encaminha pro paciente ficar afastado, às vezes até a medicação fazer efeito e sabemos que o músculo precisa descansar. Às vezes, emitimos o atestado pra evitar que o trabalhador tenha que ser aposentado por invalidez. Mas, quando ele chega na indústria, o médico especialista do trabalho dá um dia ou dois, ou ainda diz que ele não precisa de repouso (Médico 2).

Os profissionais de saúde da atenção básica apontam que a justificativa das empresas para recusar os atestados médicos das UBS é que o afastamento deve ser feito por médicos especialistas. Nesse sentido, um médico da UBS ressalta o sentimento de impotência diante do controle do setor em relação às ações assistenciais realizadas no serviço: “Eu também me sinto bastante frustrado porque você quer ajudar a pessoa e sua ajuda é barrada porque você não é especialista, [...] É como se nós fossemos os secretários que encaminham para o verdadeiro médico” (Médico 2).

Seguindo a mesma ideia, foi possível observar que, para o médico do trabalho, é mais difícil refutar os atestados emitidos por especialistas como ortopedistas, neurologistas e psiquiatras. Ao analisar o percurso dos trabalhadores entrevistados, observa-se que todos os afastamentos que obtiveram o auxílio-doença foram realizados por médicos de alguma das especialidades citadas, sendo que 13 trabalhadores estavam afastados do trabalho na ocasião da pesquisa e dois já haviam se afastado anteriormente, o que totaliza 15 afastamentos feitos por especialistas.

Essa conclusão foi possível pelos relatos dos trabalhadores e a partir da observação de documentos, como atestados médicos que os entrevistados mostraram à pesquisadora durante as entrevistas. É importante ainda destacar, a partir de diagnósticos nos atestados emitidos, que o percurso dos trabalhadores pela rede de saúde mostra que aqueles que acessam o médico especialista com frequência têm um problema de saúde que se tornou crônico, o que pode facilitar a aceitação do afastamento pelas empresas.

A banalização das ações realizadas nos serviços de atenção 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 Mendes³⁴. Essa banalização desconsidera a importância desse nível de atenção à saúde e a orientação acerca do uso de tecnologias complexas e variadas de cuidado a fim de atender às necessidades de saúde da população em dado território³⁵. Assim, são sobrevalorizadas práticas que exigem maior densidade das

“tecnologias duras”²⁶, aquelas exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, como o atendimento das especialidades médicas.

Nos modos de cuidar centrados nos “especialismos”, para utilizar a expressão de Pasche e Passos³⁶, a assistência ocorre frequentemente de forma individual e isolada dos demais serviços da rede. Assim, a atenção à saúde produzida nessa perspectiva se contrapõe à noção de integralidade proposta pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e reafirmada pela Política Nacional de Humanização³⁷, dificultando, no atendimento ao trabalhador, estratégias essenciais da referida política, como a implementação de redes de cuidado compartilhado, em que se destaca o protagonismo da atenção básica como principal porta de acesso ao sistema de saúde.

A partir das situações relatadas, observa-se que, apesar de atender parte significativa da demanda em saúde gerada pela agroindústria da região, os serviços de saúde da rede pública não têm autonomia para definir ações terapêuticas que interfiram nesses contextos laborais, como ocorre no caso da orientação de mudança de setor e no afastamento do trabalho. Dessa forma, a atenção à saúde do trabalhador formal realizada por serviços públicos e privados tem dificuldade em ser orientada pelos princípios e diretrizes que norteiam a saúde pública e que indicam os avanços mais significativos no campo da ST no país na direção do que afirmam Sato e colaboradores³⁸ e Costa e colaboradores³⁹.

Descontos salariais em casos de afastamento do trabalho

Outra forma de controle da indústria para reduzir os afastamentos do trabalho se dá pelos *descontos salariais*, mencionados por dez trabalhadores entrevistados. A fala a seguir é esclarecedora:

Se você faltar um dia, eles descontam esse dia, mais todo o sábado e você ainda perde a cesta básica, 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 (Trabalhador industrial 1).

Pelas descrições dos trabalhadores, caso o atestado de saúde não seja autorizado pelo médico do trabalho, a falta de um dia pode representar até 12% de desconto do salário médio recebido no setor. Muitos trabalhadores também resistem em ingressar na Previdência Social por causa do atraso que isso representa no pagamento do salário, já que somente é efetuado depois de realizada a perícia médica, o que, de acordo com os trabalhadores entrevistados, costuma demorar. Por causa dos impactos que o afastamento produz na remuneração, muitos permanecem na atividade mesmo durante o adoecimento, o que agrava a lesão/problema apresentado.

Apesar das diferentes estratégias de controle usadas pelas empresas para reduzir ou evitar o afastamento laboral, é também por meio dessa prática que os trabalhadores produzem importantes formas de resistência ao trabalho precário do setor, conforme é discutido a seguir.

A busca dos trabalhadores pelo afastamento do trabalho

O trabalho formal é um modo de filiação social, pois dá acesso a um sistema de garantias legais em que o sujeito não depende mais exclusivamente da propriedade, conforme aponta Castel⁴⁰. Sendo assim, o reconhecimento de um agravo na saúde e o recebimento de auxílio-doença garantem certa autonomia ao trabalhador adoecido por preservarem sua independência material. Assim, o benefício previdenciário funciona como uma forma de propriedade social⁴⁰ que impede a ruptura de pertencimento e dos vínculos societários garantidos pelo emprego.

Essa função que o atestado assume na atenção à saúde fez que os trabalhadores das empresas estudadas fossem em busca desse documento. Essa busca está relacionada a doenças ocupacionais e a consequente limitação da capacidade laboral, o risco de desemprego causado por adoecimento, a pouca qualificação profissional que limita a mudança de atividade e a um modo de lidar com a precariedade do trabalho no setor.

Limitação da capacidade laboral pelo adoecimento

A restrição de atestados nos atendimentos realizados no contexto fabril influencia de forma importante o fluxo do trabalhador na rede de saúde, que desenvolve formas de resistir a esse controle da indústria. Em relação aos serviços privados de saúde, alguns trabalhadores conseguem burlar o controle ao acesso aos médicos ortopedistas, procurando médicos neurologistas conveniados aos planos de saúde, para os quais a autorização da empresa não é necessária. Essa estratégia se desenvolve a partir das conversas 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 entrevistados.

Quando eles procuram médicos especialistas sem a autorização da empresa, podem ser alvo de represálias do médico do trabalho a quem cabe autorizar ou não o atestado, como pode ser observado na fala a seguir:

Eu demorei cinco meses para conseguir uma consulta com aquele neurologista. Daí, ele me deu um atestado de três meses. Quando eu cheguei no SESMT, o médico disse “agora esqueça esse neurologista, quem vai te tratar sou eu”, como se eu estivesse fingindo. Daí, ele me receitou uns remédios e me mandou vol-

tar dali um tempo. Eu nunca mais voltei, prefiro trabalhar com dor (Trabalhadora industrial 7).

Esse tipo de atitude dos profissionais de saúde nos SESMT inibe os trabalhadores que buscam modos de assistência que escapem ao controle das empresas.

O caso anterior difere do Trabalhador industrial 12, que, na ocasião da entrevista, estava afastado do trabalho há um mês, sendo que suas dores osteomusculares teriam iniciado aproximadamente três meses antes do afastamento:

O médico da empresa me encaminhou para o ortopedista deles. Este 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 restringe a emissão de atestados, o trabalhador tece uma estratégia para burlar os dispositivos de controle da empresa. Segundo o Trabalhador industrial 12,

tem momentos que você tem que concordar para eles fazerem as coisas para ti, mas quieto você vai fazendo do teu jeito, 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 pro INSS.

Ao observar o movimento desse trabalhador pelos serviços de saúde, pode-se concluir que, esquivando-se das normatizações impostas, através de confrontos velados, ele consegue ser normativo e quebrar momentaneamente o domínio da indústria em relação à atenção à saúde.

Tomando-se como exemplo o caso de dois trabalhadores, observou-se que, com frequência, os sujeitos menos adoecidos^f são os que conseguem criar modos de resistência aos dispositivos de controle da indústria. São eles os que melhor lidam com as adversidades do meio e instauram novas normas

como afirma Canguilhem⁴¹. Assim, a análise da trajetória dos trabalhadores na rede de saúde indica que os mais adoecidos, justamente por estarem mais vulneráveis por causa de fatores como o sofrimento psíquico oriundo do agravo e o medo do desemprego, têm mais dificuldades para receber a assistência em saúde que necessitam já que não conseguem estabelecer linhas de fuga para o controle exercido pela fábrica em relação à atenção à saúde.

Risco do desemprego

A presença de doenças ocupacionais e a limitação da capacidade laboral resultante se apresentam como inevitáveis no panorama futuro dos trabalhadores do setor. Muitas vezes, os trabalhadores entrevistados mencionaram que aqueles sujeitos que saem das fábricas adoecidos e não recebem benefício previdenciário, com frequência acabam desempregados e, portanto, sem o suporte do sistema da Previdência Social. Assim, a perda da capacidade laboral caracteriza uma ameaça à manutenção da vida material do trabalhador e sua família, como ilustra a fala da 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 voltaram a trabalhar e, na mesma semana, mandaram embora. Eles sabem que o funcionário não vai produzir mais que nem antes. Eu vou ter que dar um jeito de sobreviver e qual a empresa que vai me pegar com o problema que eu tenho? Não tem empresa que me pegue (Trabalhadora industrial 2).

Baixa qualificação profissional

Em razão da baixa escolaridade e da falta de qualificação profissional, esses trabalhadores vislumbram apenas os trabalhos braçais como possibilidade de inserção no mercado de trabalho. No entanto, a presença das LER se torna fator restritivo para esse tipo de atividade. Diante do panorama acenado, permanecer recebendo o benefício previdenciário é o caminho mais seguro desses trabalhadores para garantir a subsistência. Assim, o retorno do afastamento é evitado pelos trabalhadores do setor. Como diz o profissional do INSS:

A maioria das pessoas quando vem aqui com um quadro de doença, já vem na perspectiva de se aposentar. Esse é o grande sonho delas. Elas não compreendem que têm uma incapacidade, mas que não são totalmente inválidas. Mas, pela falta de perspectiva desses trabalhadores, é difícil inclusive trabalhar a reabilitação profissional.

^f Mais saudáveis se considerarmos a cronicidade dos agravos, bem como a presença concomitante de diferentes agravos, especialmente quadros de sofrimento psíquico associados às LER.

Estratégias para lidar com a precariedade das condições de trabalho

Outro aspecto que estimula os trabalhadores a buscarem o afastamento do trabalho é que o acesso a esse procedimento se torna uma estratégia para lidar com a precariedade do contexto laboral. Portanto, distanciar-se momentaneamente da atividade na fábrica é o modo que alguns encontram para se manter, mesmo que temporariamente, no trabalho. Assim, diante de 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. Aspectos vistos como motivadores da busca do atestado são também observados por um enfermeiro da UBS:

Você há de convir que tem que ter alguma coisa errada nesse trabalho, porque se a pessoa chegasse aqui e tivesse facilidade de pegar atestado... mas não tem. Muitas vezes, eles têm que ficar o dia todo para conseguir uma ficha de atendimento, mas é melhor aqui do que lá, entende. E muitos médicos ainda não dão o atestado. Daí, ele fica aqui e ainda perde o dia de trabalho [referindo-se ao pagamento].

À precariedade das condições de trabalho no 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 perante as dificuldades ocasionadas pelo trabalho. Essas últimas somente têm visibilidade no contexto laboral se assumem a característica de queixa em saúde reconhecida pelo modelo biomédico.

Assumir o lugar de doente é, portanto, uma estratégia do trabalhador para quebrar o controle na gestão do trabalho, como apontam Brant e Minayo-Gomez⁴². Os trabalhadores também se apropriam do discurso biomédico ao traduzir suas dificuldades em problemas de saúde passíveis de intervenções curativo-terapêuticas, com destaque para a dor física. Dessa forma, o sujeito reproduz o discurso socialmente autorizado e encontra maneiras, mesmo que individuais, de lidar com formas alienantes da atividade laboral, que fazem do sofrimento uma dimensão contingente aos modos de produção atuais.

A queixa sem a presença de lesão visível ou de agravo reconhecível, com frequência, impede a emissão do atestado para afastamento do trabalho. Quando se desconsidera a complexidade que permeia essa tentativa de afastamento do trabalho e as relações de poder e dominação que as constituem, o assunto torna-se um tabu nos serviços de saúde. Sobre essa questão, cita-se a fala de um médico da UBS:

Como as pessoas reclamam muito, a gente acaba filtrando. Então, quando a pessoa vem com uma queixa

realmente séria, tendemos a não acreditar no primeiro momento. A gente tem um pouco deste preconceito de achar que o paciente está mentindo, porque lidamos com isso o tempo todo.

A emissão do atestado como forma de receber o auxílio-doença se transforma em um atravessamento importante na relação entre o profissional de saúde e o trabalhador. Vejamos a fala de um profissional do Cresme do município:

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.

Nesse 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”.

É possível observar também o sofrimento a que os profissionais de saúde também estão sujeitos devido aos contornos assumidos pela atenção à saúde dos trabalhadores, em que os próprios médicos se tornam alvo dos dispositivos biopolíticos da medicalização. Assim, esse deslocamento do profissional de saúde é fruto da função que os serviços de saúde assumem, enquanto mediadores das relações entre trabalhador e indústria.

As situações analisadas indicam que, para os trabalhadores, esse procedimento representa uma tentativa de fugir das dificuldades do trabalho e da vulnerabilidade social⁴⁰; para os profissionais de saúde é um modo de propiciar a cura do agravo e reestabelecer a capacidade para o trabalho. Assim, o atestado médico, enquanto instrumento de controle da força de trabalho, torna-se o epicentro da atenção à saúde do trabalhador formal.

Os tensionamentos ocasionados pelos interesses divergentes e múltiplos significados do atestado repercutem negativamente nas práticas de atenção à saúde do trabalhador formal, criando sentimentos de desconfiança, indiferença e revolta na relação entre trabalhadores e profissionais de saúde. Essa tensão acaba por inviabilizar estratégias terapêuticas fundamentais para o cuidado, o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização pelo tratamento, considerando-se o que aponta a Política Nacional de Humanização³⁷.

A dinâmica das relações de poder na atenção à saúde do trabalhador, como a que envolve a emissão do atestado, acaba por reforçar o predomínio do

modelo biomédico no serviço de saúde público e privado, em que, como afirma Batistella⁴³, as ações dos profissionais estão voltadas ao corpo físico individual, a mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais que comprovem a doença. Entre os procedimentos técnicos utilizados para tanto, destacam-se os exames complementares ao exame clínico como raios X e ultrassonografia, os quais têm lugar de destaque na assistência prestada aos trabalhadores da agroindústria.

Essa forma de intervenção mostra a sobreposição entre as noções de norma e saúde⁴¹, em que se buscam evidências empíricas e mensuráveis que retratem a doença de maneira objetiva, afastando o juízo de valor na avaliação do profissional de saúde. Ou seja, é principalmente a presença da lesão e da doença que autorizam o afastamento do trabalho.

Quando exames complementares identificam alterações anatomofisiológicas no corpo do trabalhador, ele pode comprovar a existência do problema de saúde, dando veracidade à queixa de dor e ao sofrimento oriundo dela. No entanto, isso não garante que seja estabelecido onexo causal entre o agravo na saúde e o trabalho realizado. Por isso, Assunção e Vilela⁴⁴ ponderam que o diagnóstico relacionado à LER/DORT^g é eminentemente clínico, exigindo, especialmente nas fases iniciais, a sensibilidade do profissional de saúde, que precisa fazer a análise do processo de trabalho.

A necessidade de visibilizar o problema de saúde com exames complementares, muitas vezes, conduz os trabalhadores a longos caminhos pela rede de saúde, em que se repetem procedimentos até que o agravo seja evidenciado. Nesse ínterim, os trabalhadores seguem utilizando fármacos, o que agrava a doença ocupacional, já que permanecem expostos a riscos laborais. No entanto, em determinado momento, esses procedimentos possibilitam formas de resistência, de contestação dos trabalhadores sujeitos à medicalização da saúde, no sentido da recusa ao trabalho. Esses exames, quando positivos, também se tornam ferramentas importantes do trabalhador diante das disputas judiciais com o empregador e com o próprio INSS, para se comprovar a incapacidade laboral^h.

A necessidade de “comprovar” a existência do problema de saúde faz que, muitas vezes, a atenção à saúde dos trabalhadores fique restrita a procedimentos técnicos – aquilo que seria um meio, como

diz Galimberti⁴⁶, torna-se um fim em si mesmo. A técnica transforma-se na objetivação da inteligência humana, sendo colocada como superior à capacidade do homem singular ou coletivo, convertendo-se na expressão do “poder sobre a vida” exercido pela indústria por meio do poder medical.

Considerações finais

As ações voltadas à saúde dos trabalhadores da indústria de abate e processamento de carnes revelam uma realidade complexa, atravessada por múltiplos aspectos ligados às condições de saúde dessa população, aos interesses econômicos das empresas, às regulamentações jurídico-legais em relação ao trabalho formal e ao setor saúde, entre outros. O grande número de afastamentos de trabalhadores e os impactos econômicos que trazem ao setor agroindustrial fazem que a emissão de atestados médicos se torne o principal alvo de controle na atenção à saúde dos trabalhadores estudados. 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 SESMT das empresas são um importante dispositivo de gestão para exercer esse controle, revelando como esses serviços continuam atrelados à perspectiva da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

A forma como se configura a atenção à saúde do trabalhador formal também gera grande demanda por consultas médicas na rede de saúde pública e privada, tendo em vista a centralidade de procedimentos que somente esses profissionais podem realizar, como a solicitação de exames complementares e a emissão de atestados para afastamento do trabalho. Nessa perspectiva, reforça-se o atendimento centrado no médico e no procedimento. Esse modelo de atendimento e sua baixa resolutividade aumentam o fluxo dos trabalhadores nos serviços de saúde, criando um círculo vicioso difícil de romper, além de acirrar os jogos de poder entre indústria, serviços de saúde etc.

A possibilidade de ter acesso ao benefício previdenciário pelo afastamento do trabalho é um dos únicos mecanismos de resistência dos trabalhadores do setor agroindustrial sob condições de trabalho precárias. Assim, o conjunto de benefícios adquiridos pelo trabalho formal dá suporte à condição de cidadania garantida pela proteção social conferida

g Destaca-se que as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) se referem a agravos ocupacionais, como apontam os protocolos de atenção integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada⁴⁵.

h Pode-se problematizar os limites na forma como é realizada a avaliação da incapacidade laboral pelo INSS, o que possibilita a valorização dos exames complementares por esse serviço diante do agravo na saúde apresentado pelo trabalhador. No entanto, essa discussão foge ao escopo deste artigo, podendo ser pauta de pesquisas futuras.

pelo Estado. Mas, se por um lado, o trabalhador consegue resistir, de certa forma, ao trabalho precário nos interstícios das regulamentações da ST, por outro, isso fragiliza a atenção à saúde do trabalhador na saúde pública. Isso porque os profissionais de saúde têm dificuldade de compreender seu papel e também de criar linhas de fuga nos jogos de poder estabelecidos. Então, os princípios e diretrizes que orientam as ações em saúde do trabalhador e que representam avanços indiscutíveis ao campo ficam comprometidos.

Vale destacar que as questões apontadas por este estudo indicam dificuldades importantes para a implementação das recentes políticas de saúde do trabalhador como a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)⁴⁷ e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)³⁵, especialmente quanto à saúde do trabalhador formal. Desse modo, concordamos que o principal limite para os avanços da saúde do trabalhador no país é a priorização do crescimento econômico em detrimento das políticas sociais – questão também apontada por Costa e colaboradores³⁹ –, gerando contradições difíceis de serem superadas nesse modelo econômico.

Contribuições de autoria

Todas as autoras contribuíram igualmente no projeto e delineamento, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação, bem como na elaboração do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [portaria na internet, citado em 2016 jun 28]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
2. Foucault M. Ditos & escritos IV: estratégia poder-saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
3. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Perspectivas de la agricultura y el desarrollo rural en las Américas: una mirada hacia América Latina y el Caribe. San José: IICA, 2009.
4. Dalla Costa AD, Souza-Santos ER. Brasil Foods: a fusão entre Perdigão e Sadia. *Economia & Tecnologia* 2009;5(17):165-76.
5. Reche D, Sugai MI. A influência do capital agroindustrial na distribuição sócio-espacial urbana do município de Chapecó no sul do Brasil [Apresentação no X Colóquio Internacional de Geocrítica; 2008 maio 26-30; Barcelona, Espanha].
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 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.
7. Sardá S, Ruiz RC, Kirtschig G. Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. *Acta Fisiátrica* 2009;16(2):59-65.
8. Santa Catarina. Procuradoria Regional do Trabalho do estado de Santa Catarina. Notícia publicada em 03/12/2013 [Recuperado em 9 de dezembro de 2013 de http://www.prt12.mpt.mp.br/prt/noticias/2013_12/03_12.php].
9. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-36 – Segurança e saúde no trabalho em empresas de abate e processamento de carnes e derivados. Portaria MTE n.º 555, de 18 de abril de 2013. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; 2013 [citado em 2013 dez 9]. Disponível em:

Essas contradições precisam ser reconhecidas e debatidas pelos diferentes atores envolvidos e interessados nesse processo para que ocorram novos avanços no campo da saúde do trabalhador. Também é necessário que os profissionais da atenção à saúde do trabalhador reconheçam a dinâmica que envolve o processo de afastamento do trabalho e os significados que assume para os diferentes sujeitos envolvidos no processo. Dessa forma, poder-se-ia mapear limites e possibilidades das práticas profissionais, bem como planejar ações nesse campo.

Entende-se que os resultados desta pesquisa dão margem a questionamentos que podem servir de objeto de pesquisas futuras que tenham relação com as problemáticas acenadas. Entre elas, destaca-se como esses jogos de poder que envolvem a atenção à saúde do trabalhador impactam o retorno ao trabalho na situação de afastamento e as ações no campo da reabilitação profissional. Outra questão suscitada é a importância de analisar como se dão essas relações de poder no campo da ST quando se trata de pequenas organizações de trabalho, que não têm o mesmo poder econômico das empresas ora analisadas. Por fim, sugerimos estudos que abordem o papel da justiça do trabalho na atenção à saúde do trabalhador.

- <http://www.mte.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR36.pdf>
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 11. Gonzalez Rey FL. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Thompson; 2005.
 12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
 13. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
 14. Brasil. Resolução nº. 196. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 1996 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf
 16. Brasil. Lei nº. 605, de 5 de janeiro de 1949. Repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Presidência da República. Brasília, DF: Casa Civil; 1949 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l0605.htm
 17. Brasil. Medida Provisória nº. 664, de 30 de dezembro de 2014. Presidência da República. Brasília, DF: Casa Civil; 2014 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm
 18. Brasil. Decreto de Lei nº. 3.048 de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, DF: Casa Civil; 1999 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm
 19. Cardoso MF, Cardoso JF, Santos SR. O impacto da rotatividade e do absenteísmo de pessoal sobre o custo do produto: um estudo em uma indústria gaúcha. *Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade* 2013;3(1):107-21.
 20. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM nº. 3.214, de 08 de junho de 1978. NR 4. Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; 1978 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A4AC03DE1014AEED6AD8230DC/NR-04%20%28atualizada%202014%29%20II.pdf>
 21. Mendes R, Dias E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publ* 1991;25(5):341-9.
 22. Vasconcellos LCF, Pignati WA. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciêns saúde coletiva* 2006;11(4):105-15.
 23. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. Curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
 24. Dal Magro MLP, Coutinho MC, Moré CLOO. O obscurecimento da dor como dispositivo de controle da força de trabalho frente às LER/DORT: o caso das indústrias de abate e processamento de carnes. *Universitas Psychologica* 2013;12(4):1195-209.
 25. Lacaz FAC. O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saúde Públ* 2007;23(4):757-66.
 26. Merhy EE. 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 CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.
 27. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Termo de ajuste de Conduta nº. 01477/2011.
 28. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciêns Saúde Coletiva* 2005;10(4):817-28 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>
 29. Brasil. Lei nº. 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. Brasília, DF: Casa Civil; 1949 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L2761.htm
 30. Santos MA. O sofrimento dos Trabalhadores da Agroindústria Sadia S.A. de Chapecó. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC; 2011.
 31. Brasil. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil; 1991 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8213cons.htm
 32. Brasil. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>
 33. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

34. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
35. Brasil. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
36. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina* 2008;1(1):92-100.
37. Brasil. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: <http://www.heab.fmrp.usp.br/upload/939/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>
38. Sato L, Lacaz FAC, Bernardo MH. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia* 2006;11(3):281-8.
39. Costa D, Lacaz, FAC, Jackson Filho JM, Vilela RA. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup* 2013;38(127):11-30.
40. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
41. Canguilhem G. O normal e o patológico. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
42. Brant LC, Minayo-Gomez C. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciêns Saúde Coletiva* 2007;10(4):939-52.
43. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, organizador. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 51-86.
44. Assunção AA, Vilela LVO. *Lesões por esforços repetitivos: guia para profissionais de saúde*. Piracicaba: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; 2009.
45. Maeno M, Salerno V, Rossi DAG, Fuller R. *Protocolos de atenção integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf
46. Galimberti H. A ética na idade da técnica: entrevista com Umberto Galimberti, por Caterina Falomo. *La Crítica- Rivista telemática di arte, design e nuovi media*. Tradução portuguesa, Selvino Assmann, 2002 [citado em 2016 jun 29]. Original disponível em: <http://www.lacritica.net/galimberti.htm>
47. Brasil. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 2016 jun 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm