

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*

The Obscuration of Pain as a Workforce Controlling Device Regarding the RSIs: The Slaughtering and Meat Processing Industries Case

Recibido: marzo 4 de 2013 | Revisado: agosto 4 de 2013 | Aceptado: septiembre 15 de 2013

MÁRCIA LUÍZA PIT DAL MAGRO **

Universidade Comunitária da Região de Chapecó,
Brasil

MARIA CHALFIN COUTINHO ***

CARMEN LEONTINA OJEDA OCAMPO MORÉ

Universidade Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, Brasil

doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-4.oodd

Para citar este artículo: Dal Magro, M. L. P., Coutinho, M. C., & Moré, C. L. O. O. (2013). 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*, 12(4), 1197-1211. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.oodd

* Agradecimentos: À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que financiou esta pesquisa por meio de bolsa de doutorado PDEE.

Este artigo traz parte dos resultados de pesquisa de tese de doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

** Afiliação institucional: professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Endereço para correspondência: Servidão Pilão, 25 E, apto 1002, Chapecó, SC, Brasil. CEP 89.801-580. E-mail: mapit@unochapeco.edu.br

*** Afiliação institucional: Professoras do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Bolsistas produtividade pelo CNPq. Endereço para correspondência: PPGP, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Campus Universitário Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88.040-500. E-mails: maria.chalfin@ufsc.br; carmenloom@gmail.com

RESUMO

Este artigo discute como se produz a invisibilização das dificuldades em saúde associadas às LER/Dort, em especial da dor, na atenção à saúde dos trabalhadores das indústrias de abate e processamento de carnes de Santa Catarina, Brasil. Esse processo mostrou-se atrelado aos procedimentos técnico-assistenciais realizados nos serviços de saúde, públicos e privados, ao longo do percurso dos trabalhadores usuários pela rede, em que se destaca a medicalização da dor, por meio da prescrição e do consumo abusivo de fármacos. Concluiu-se que as atuais ofertas terapêuticas na atenção à saúde desses trabalhadores, orientadas pelo modelo biomédico, atuam como dispositivo biopolítico de controle das indústrias sobre sua força de trabalho. Esse processo mascara as dificuldades em saúde e conduz ao adoecimento dos trabalhadores usuários ao longo de seus percursos pela rede de saúde, sugerindo a necessidade de repensar a forma como se dá a atenção à saúde dessa população.

Palavras-chave autores

Medicalização da saúde, indústrias de abate e processamento de carnes, saúde do trabalhador, dor.

Palavras-chave

Psicologia Social, Pesquisa Qualitativa, Brasil.

ABSTRACT

This article discusses about how the invisibilization of the difficulties in health associated to RSIs are produced, especially pain, and the attention to the health of slaughtering and meat processing industries laborers of Santa Catarina, Brazil. This process has showed us to be linked to the technical assistance procedure performed in the health centers, public and private, along the course of the workers in the service, in which it is highlighted the medication of pain, through abusive prescription and consume of drugs. It was concluded that the current therapeutic offers in relation to the health of these labors, oriented by the biomedical model, act as a biopolitical control device of the industry on its workforce. This process disguises the health difficulties and leads to the illness of the workers who are users of the service along its course in the health system. It suggests the necessity of rethinking the way that attention has been given to this population.

Key words authors

Health medication, slaughtering and meat processing industries, laborer health, pain.

Key words plus

Social Psychology, Qualitative Research, Brasil.

Introdução

A organização do trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes, conhecidas na região oeste do estado de Santa Catarina como agroindústrias, está pautada no modelo taylorista-fordista, apresentando também alguns atributos do modelo japonês. As atividades laborais nesses contextos produtivos são caracterizadas por funções altamente rotinizadas e repetitivas, intenso ritmo de trabalho e inúmeras formas de vigilância e controle do trabalhador.

A relação entre as atividades em linhas de produção e as lesões por esforços repetitivos (LER), também denominadas de “distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho” (Dort)¹, já é amplamente reconhecida e estudada², assim como a manifestação dessas doenças nos trabalhadores das indústrias de abate e processamento de carnes³, devido aos riscos laborais inerentes a esses contextos. 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 musculoesquelética crônica.

De acordo com Lima (2010), o aparecimento de doenças ocupacionais como as LER/Dort implica um processo silencioso o qual ocorre em uma escala de tempo diferente da dos acidentes de trabalho e que tende a se agravar ao longo deste. Devido às

características desses agravos, cuja dor é o principal preditor, é comum os trabalhadores acometidos por eles fazerem longas peregrinações pelos serviços de saúde públicos e privados, procurando auxílio para lidar com suas dificuldades. Como já está posta a relação entre as LER/Dort e o trabalho nas agroindústrias, torna-se importante discutir o que ocorre nesse encontro entre os trabalhadores do setor e os serviços de saúde. Nesse cenário, é importante visibilizar o papel que esses últimos vêm desempenhando na produção da saúde e/ou do adoecimento desses trabalhadores usuários.

No Brasil, tradicionalmente, a atenção à saúde do trabalhador formal 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 custeadas pelos trabalhadores; o Estado, por meio dos serviços de saúde na rede pública (Ministério da Saúde, 2006a).

O atendimento aos agravos em saúde do trabalhador pode acontecer nos três níveis de atenção (atenção básica, de média e de alta complexidade, nos serviços de urgência e emergência), sendo que a atenção básica⁴ é destacada como eixo ordenador das diferentes redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵ (Ministério da Saúde, 2006b) e como espaço privilegiado para implementar as ações de saúde do trabalhador (Ministério da Saúde, 2006c; Leão & Vasconcellos, 2011). 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, caracterizando-se

1 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).
2 Como exemplos de estudos que estabelecem essa relação se podem citar Codo e Almeida (1995), Ghisleni e Merlo (2005), Picoloto e Silveira (2008), Assunção e Vilela (2009), Fernandes, Assunção e Carvalho (2010).
3 Nesse sentido, ver estudos de 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, Kupek, Cruz, Bartilotti e Cherem (2009), Santos (2011) e Ministério do Trabalho e Emprego (2011).

4 De acordo com Mello, Fontanella e Dermazo (2009), há uma frequente discussão em relação à nomenclatura utilizada para identificar o primeiro nível de atenção à saúde. “Atenção básica”, “atenção primária” e “atenção primária à saúde” são designações frequentemente utilizadas como sinônimos. Neste trabalho será adotada a expressão “atenção básica” por ser esta adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil nos documentos oficiais.
5 Criado por meio da lei n. 8.080, de 1990, o SUS, em suas diretrizes, inclui quatro princípios organizativos centrais, que são: integralidade; universalidade; descentralização; e participação e controle social.

como um espaço privilegiado para as ações de promoção e prevenção em saúde (Dias, 2010).

A regulamentação da saúde do trabalhador no Brasil conta com iniciativas recentes e importantes para consolidar as ações nesse campo. Nesse sentido, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Ministério da Saúde, 2011) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Ministério da Saúde, 2012a) representam avanços ao definirem diretrizes, estratégias e mecanismos de gestão, financiamento e controle social que orientam as ações intra e intersetoriais voltadas para a saúde do trabalhador. Nesse cenário tem destaque a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada por meio da portaria GM/MS n. 1.679/2002, a qual visa integrar a rede de serviços do SUS, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador. No eixo central para implementação da Renast estão os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Estes 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.

Cabe destacar que toda a assistência prestada na rede pública deve seguir os princípios e as diretrizes do SUS. Isso implica assumir a noção de integralidade como elemento fundamental na atenção à saúde do trabalhador, o que se traduz no reconhecimento da complexidade da saúde humana, situando “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. 9). Ao apresentar uma compreensão mais abrangente sobre os processos de saúde e doença, a noção de integralidade deve redimensionar os modos de neles intervir, tendo em vista o protagonismo do trabalhador usuário, bem como a superação da fragmentação das atividades no interior dos serviços de saúde.

Na direção das questões anteriormente acenadas foi produzida uma tese de doutorado⁶ com o objetivo geral de compreender como se produz a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias no oeste do estado de Santa Catarina, loca-

lizado na região sul do Brasil. Os resultados aqui apresentados têm como foco uma das dimensões de análise dessa atenção, que é o obscurecimento da dor. A discussão dessa categoria abrange temas como o protagonismo da dor na busca dos trabalhadores pelo cuidado em saúde. Também visibiliza o papel da medicamentação da saúde na invisibilização dos agravos relacionados ao trabalho, o que se dá por meio da prescrição de fármacos diante da queixa de dor e da automedicação.

Para subsidiar as discussões em torno do objetivo proposto, partiu-se do entendimento da saúde como um fenômeno complexo e multifacetado, na direção apontada por Morin (2011). Com essa perspectiva como pano de fundo, tomou-se como base a sobreposição entre as noções de saúde e de normalidade, tendo como norte os constructos teóricos em torno da epistemologia da saúde de Canguilhem (2002) e da biopolítica de Foucault, sendo que os autores convidados a dialogar neste artigo foram tomados com base nesses referenciais.

Método

Esta pesquisa tem natureza qualitativa e é um estudo descritivo exploratório de corte transversal. Para González Rey (2005), a pesquisa qualitativa implica a produção teórica, possibilitada pelas zonas de inteligibilidade geradas pela atividade pensante e construtiva do pesquisador.

Dois grupos principais de participantes integraram a pesquisa, sendo um deles constituído por 17 trabalhadores de três grandes indústrias de abate e processamento de carnes da região oeste de Santa Catarina, sendo 13 mulheres e quatro homens⁷. Já o outro grupo foi composto por 14 profissionais de

6 Tese defendida pela primeira autora em 2012.

7 A intenção inicial da pesquisa era garantir uma distribuição equilibrada de trabalhadores de ambos os sexos, o que não foi atingido plenamente, uma vez que a identificação dos trabalhadores usuários e o acesso a eles se deram principalmente por meio das agentes comunitárias de saúde. Nesse sentido, observou-se que estas se vinculam mais às mulheres das famílias de usuários e têm mais acesso a elas, o que é constatado também por Schuck (2010) em estudo realizado na região. No entanto, os resultados da pesquisa também apontam para diferenças de gênero no processo de adoecimento em relação às LER/Dort, bem como no acesso aos serviços de saúde, questões que não foram desenvolvidas devido aos limites deste estudo.

saúde que atuavam na rede pública, ao qual se agregou também um ex-trabalhador da agroindústria e representante de sindicato da categoria.

Os critérios para a escolha dos trabalhadores eram que esses fossem homens e mulheres com idade mínima de 18 anos, que atuassem nas linhas de produção de alguma 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 profissional. Assim, esses entrevistados faziam uso esporádico ou contínuo de serviços de saúde da rede pública. Em relação ao grupo de profissionais de saúde, o critério de escolha foi que estes estivessem vinculados a serviços de saúde que se destacavam no percurso dos trabalhadores usuários pela rede. 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 n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (1996).

Para atender ao objetivo proposto neste estudo, os instrumentos de pesquisa utilizados foram: observação participante registrada em diário de campo, a qual foi realizada principalmente em um Centro Integrado de Saúde (CIS)⁸; entrevistas semiestruturadas realizadas com trabalhadores das agroindústrias e profissionais de saúde; e pesquisa documental dos prontuários de saúde dos trabalhadores usuários, disponíveis no CIS.

A organização e a 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 diferentes fontes de informação na construção da análise. Neste artigo, será abordada uma das categorias que emergiram neste estudo, denominada de “o obscurecimento da dor”.

8 Serviço de atenção básica que se caracterizou como principal porta de entrada na rede de saúde para os trabalhadores estudados.

Resultados e discussão

O protagonismo da dor na busca de cuidado em saúde

A busca de cuidado em saúde ocorre quando o trabalhador comunica sua dificuldade e pede ajuda para lidar com ela. Os espaços ou os sujeitos aos quais os trabalhadores se reportam nessa busca indicam como estes compreendem as dificuldades em saúde relacionadas ao trabalho e onde veem possibilidades de auxílio para lidar com elas. Seguindo o lastro mencionado por Helman (2009), compreender a dificuldade em saúde como um problema clínico que requer soluções clínicas expressa as expectativas de um grupo cultural acerca dessas dificuldades.

No que diz respeito às dificuldades em saúde apresentadas pelos trabalhadores das indústrias de abate e processamento de carnes na busca do cuidado, a dor ocupa um lugar de destaque. A mesma é a primeira dificuldade reconhecida por todos os trabalhadores usuários participantes desta pesquisa e a demanda mais recorrente apresentada por eles aos serviços de saúde, de acordo com os profissionais entrevistados.

A fala da trabalhadora 6, cujo quadro algíco era recente, ilustra o início da manifestação dessas 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, então quando volta na segunda vai começando de novo, mas é porque é começo, tem seis meses só que eu trabalho lá. (Citação de entrevista)

A dor, segundo Helman (2009), envolve, além de um evento neurofisiológico, fatores sociais, psicológicos e culturais, que definem as formas como as pessoas a percebem, respondem a ela e a comunicam aos outros. Na maioria dos casos, as manifestações de dor descritas pelos entrevistados iniciaram de forma leve e esporádica, aumentando em frequência e intensidade e se alastrando para outros membros do corpo. Ao longo do tempo e

diante da exposição contínua aos riscos laborais da atividade, muitos trabalhadores do setor passaram a conviver com a dor permanentemente. A evolução da dor aguda para um quadro de dor crônica, segundo Ramos et al. (2010), também é um fator característico das LER/Dort.

Alguns trabalhadores, antes de procurar auxílio nos serviços de saúde, criam formas de lidar momentaneamente com as dores e as dificuldades em saúde desencadeadas pelo trabalho. Observa-se mais demora nessa busca, geralmente, naqueles trabalhadores que têm medo de perder o emprego, como no caso de quatro entrevistados. Nesse sentido, a fala da trabalhadora 5 é ilustrativa:

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. (Citação de entrevista)

Evidenciou-se que, quanto maior a vulnerabilidade social⁹ 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, pois o trabalhador permanece exposto aos riscos laborais da atividade. Também se observou que os medos gerados pela vulnerabilidade social do trabalhador convergem para o aumento da ansiedade, compondo um sofrimento psíquico o qual, de acordo com Seligmann-Silva (2011), se agrava à medida que se ameaça a segurança do emprego.

Quando os recursos pessoais para lidar com as dificuldades em saúde relacionadas ao trabalho se

esgotam, os serviços de saúde se constituem como principal alternativa diante das dificuldades do trabalho. Isso pode ser compreendido como resultado da medicalização da saúde do trabalhador, em que a medicina e outras disciplinas associadas a ela se tornam uma estratégia biopolítica que atua sobre a força de trabalho em função dos interesses da produção (Foucault, 1999). Esse processo revela também a incipiente organização coletiva desses trabalhadores, em razão do domínio que o setor exerce na organização sindical da categoria e das relações sociolaborais hierarquizadas e autoritárias.

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 destacam a prescrição de medicamentos, os exames complementares, a mudança de função, a fisioterapia e a emissão de atestados médicos para afastamento do trabalho. Esses procedimentos conduzem a um “obscurecimento da dor”, compreendido aqui como expressão de um conjunto de dificuldades. Esse obscurecimento ocorre tanto no sentido de amenizar momentaneamente algumas dessas dificuldades à custa da cronificação do problema de saúde quanto no sentido de produzir a invisibilidade das doenças ocupacionais que atingem os trabalhadores do setor.

A prescrição de fármacos diante da queixa de dor

No cenário apresentado, a prescrição e o consumo de medicamentos pelos trabalhadores usuários emergem nesta pesquisa como a conduta terapêutica mais recorrente 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. A prescrição de medicamentos diante da 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

⁹ 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 perante o desemprego, a precariedade do trabalho, a pobreza e a falta de proteção social.

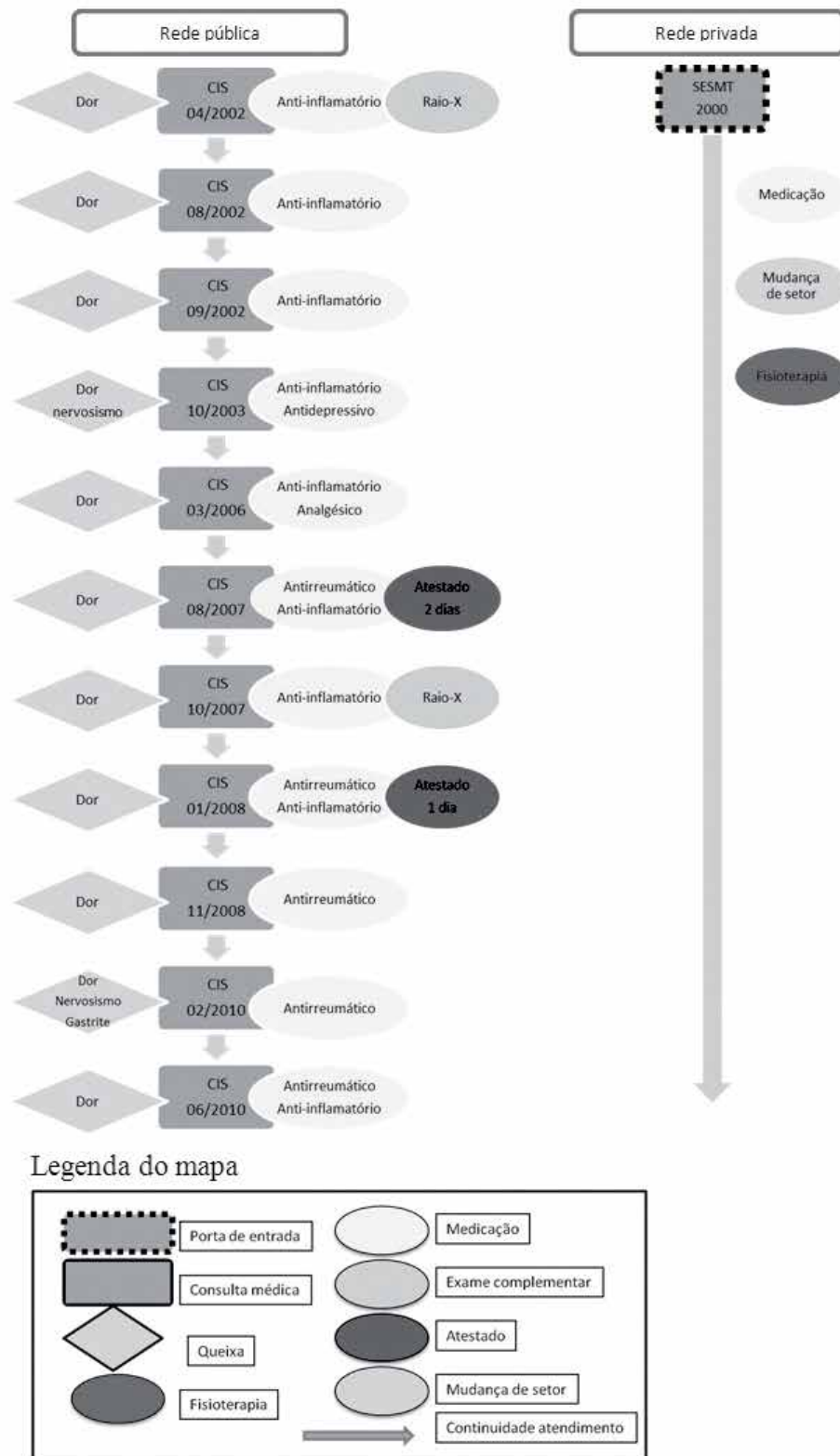


Figura 1. Mapa de percurso da trabalhadora 1.
Fonte: Dal Magro (2012)..

realizadas no serviço de atenção básica. O mapa do percurso da trabalhadora 1, disposto na página anterior, ilustra o predomínio dessa conduta terapêutica na atenção à saúde do trabalhador nos diferentes serviços de saúde

A usuária cujo mapa de percurso está representado anteriormente tinha, à época, 42 anos e trabalhava havia 17 anos nas linhas de produção da agroindústria. Suas dificuldades de saúde iniciaram em 2000, ou seja, depois de sete anos de trabalho no setor, e a busca de atendimento clínico ocorreu aproximadamente um ano depois do início das manifestações de dor. Como pode ser observado no mapa de percurso, o primeiro local acessado pela trabalhadora na busca por auxílio para lidar com a dificuldade foi o serviço de saúde da própria empresa, o SESMT¹⁰. Esse serviço, de acordo com a entrevistada, é o mais procurado por ela em função da facilidade de acesso:

Eu geralmente vou na empresa; só vou na unidade de saúde 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, às vezes eles dão um medicamento diferente. (Citação de entrevista)

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 fármaco, considerando que o trabalhador usuário tem de dar conta das demandas impostas pela atividade laboral.

A fala anterior também destaca um aspecto que se fez presente no discurso de outros 12 trabalhadores entrevistados, relativo ao uso paralelo dos serviços de saúde públicos e privados, em diferentes

momentos do percurso pela rede de saúde. Esse uso paralelo acontece sem qualquer diálogo ou planejamento comum entre os serviços com o propósito de articular a atenção à saúde desses trabalhadores. Vale destacar que, na ocasião da pesquisa, a região contava com um Cerest¹¹, o qual tinha uma equipe bastante reduzida e enfrentava muitas dificuldades para realizar as ações propostas pela Renast de organizar as redes locais de saúde. Nesse sentido, as dificuldades em consolidar as políticas de saúde do trabalhador revelam, como diz Mendes (2011), um sistema de saúde fragmentado por meio de pontos de atenção à saúde isolados e não comunicados que acentuam a medicamentação da dor e a produção do adoecimento.

As informações referentes à trabalhadora 1 contidas no prontuário do CIS¹² indicam que, aproximadamente um ano depois de sua primeira inserção no SESMT em 2002, ela começou a referir 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 três são anteriores a 2002. A partir daí, o número de consultas por ano variou de um mínimo de quatro 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 (Ministério da Saúde, 2004), especialmente no que diz respeito à distribuição de contraceptivos e à realização de exames preventivos.

Entre as queixas mais frequentemente registradas no prontuário dessa trabalhadora, cujo mapa de percurso está disposto na figura 1, estão problemas ginecológicos, dores osteomusculares, cefaleia, dores nas pernas (devido à presença de varizes) e

10 No mapa de percurso da trabalhadora usuária consideraram-se parte da rede privada os serviços de saúde da empresa, bem como o plano de saúde privado oferecido aos trabalhadores por esta.

11 O Cerest local não realizava assistência aos trabalhadores usuários da rede de saúde, ao contrário do que acontece em outros locais do Brasil (Lacaz & Santos, 2010).

12 Serviço de atenção primária em saúde.

sinusite. Por mais que as diferentes queixas possam ter relação com a atividade laboral, para compor o mapa de percurso no que toca à rede pública foram utilizados somente aqueles registros em que constavam como queixa dores osteomusculares, as quais somam 11 consultas.

O mapa de percurso indica que em todas as inserções da trabalhadora usuária nos serviços de saúde, seja na atenção básica, seja com o médico do trabalho no SESMT, diante da queixa de dor ocorreu a prescrição de medicamentos analgésicos e/ou anti-inflamatórios. Isso se reproduz nos prontuários dos 14 trabalhadores que faziam uso do CIS com queixas de dores osteomusculares, e essa conduta também é mencionada pelos demais trabalhadores entrevistados quanto aos atendimentos realizados pelos médicos do trabalho das indústrias, em que com frequência a única conduta adotada é a prescrição desses grupos de fármacos. Essa questão é ilustrada pela fala da trabalhadora 2: “*O que eu fazia para a dor? Eu pegava remédio, tomava os remédios que o médico da empresa receitava, passei quase dez anos fazendo isso*” (Citação de entrevista).

A fala de uma 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. Nesse 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. (Citação de entrevista)

Esse tipo de prática se reproduz com frequência quando os trabalhadores são encaminhados aos médicos especialistas¹³, seja do SUS, seja dos convênios médicos privados, o que indica que, ante a cronificação do quadro de saúde, a medicamentação segue sendo a principal oferta terapêutica nos diferentes

níveis de atenção. Observa-se, assim, a similaridade das ações dos serviços públicos e privados no atendimento à saúde do trabalhador, nos quais a assistência está centrada no ato prescritivo, como dizem Franco, Pazzini e Foschiera (2004). Nesse sentido, os próprios profissionais de saúde reconhecem que há uma medicamentação excessiva dos trabalhadores usuários e quão pouco resolutiva é essa conduta diante das dificuldades em saúde, especialmente da dor relacionada ao trabalho.

Ainda em relação aos SESMT, tais serviços acabam fomentando o uso de medicamentos de outras maneiras, pois é uma prática comum somente aceitar atestados médicos de outros serviços de saúde quando o trabalhador leva 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 tem pessoas que necessitam do atestado, tem 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. (Citação de entrevista)

Isso 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*” (Citação de entrevista). A questão apontada evidencia a dimensão assumida pelo medicamento na atenção à saúde do trabalhador: o fármaco, como diz Coser (2003), passa a não apenas operar sobre a essência daquilo que ele supostamente trata, mas se torna um elemento crucial na própria definição da dificuldade sobre a qual ele interviria.

A importância assumida pela prescrição medicamentosa na assistência prestada aos trabalhadores nos serviços públicos e privados pode ser entendida com base no que diz Lefevre (1991) em relação aos fármacos: estes se destacam como um recurso acessível e que permite o rápido reestabe-

13 Inseridos nos serviços de saúde de média complexidade.

lecimento para qualquer tarefa — nesse caso, o trabalho. Como diz a trabalhadora 10:

Essa semana mesmo me deu uma crise, eu acordei às 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. (Citação de entrevista)

A atenção à saúde do trabalhador centrada na prescrição de fármacos e 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 — nesse 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 foi 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 CIS 2 – Citação de entrevista)

Interessante observar na fala do profissional de saúde o reconhecimento dos limites dessa forma de atuação, os quais também estão relacionados às condições de trabalho desses profissionais, as quais, como afirmam Borges, Tamayo e Alves Filho (2005), com frequência estão distantes 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), pôr limites às diretrizes normativas que tentam enquadrar as práticas de saúde em fórmulas rigidamente protocolares.

A automedicação

O uso de medicamentos como um caminho rápido e eficiente para livrar-se da dor é também efetivado 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 – citação de entrevista). 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*” (Citação de entrevista).

Nas falas anteriormente relatadas, se pode observar que o consumo de medicamentos por esses trabalhadores se torna uma forma de suportar a dor ocasionada pelo trabalho, se reproduzindo, na automedicação, a conduta terapêutica realizada no acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, seguindo os percursos dos trabalhadores pesquisados em relação às dificuldades de saúde, fica evidente que a automedicação é incorporada por seis destes após o contato com os serviços de saúde em que ocorre a prescrição de medicamentos. Uma trabalhadora entrevistada, quando perguntado o que ela fazia quando sentia dor, menciona:

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 – Citação de entrevista)

A automedicação no percurso desses 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 doen-

ças e o nome dos remédios que orientam o consumo vêm dos profissionais de saúde.

A relação entre a automedicação e as prescrições médicas anteriores é apontada em trabalhos como os de Arrais et al. (1997), Riedemann, Illesca e Droghetti (2001) e Martins et al. (2011). Esses estudos, aos quais 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, os sujeitos utilizam para automedicarem-se, além dos analgésicos, medicamentos anti-inflamatórios, sendo que a combinação desses dois grupos de fármacos são as prescrições mais frequentes nos serviços de saúde, como se observa na fala dos profissionais de saúde e no mapa de percurso da trabalhadora 1.

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 à ação de uma categoria profissional ou a uma instituição específica, sendo incorporado 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 – Citação de entrevista).

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 a 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 em relação 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”. 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: “*Eu ia sempre consultando e tomando medicamento por conta. Daí, quando eu via que não doía mais, pensava: ‘isso aqui não é nada’*” (Citação de entrevista). 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 a qual 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. (Citação de entrevista)

Com o passar do tempo, a cronificação do problema de saúde leva à 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 para calmante que eles [os médicos] dão e fica para o resto da vida. Conheço vários que já estão há anos nessa condição, indo só abaixo de calmante*” (Citação de entrevista).

Com o 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 para desinflamar, daí eu estou tomando um antiúlcera direto, porque estou com gastrite de tanto medicamento. (Citação de entrevista)

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, cujo prontuário indica que, diante da queixa de nervosismo, agrega-se aos fármacos utilizados por ela 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, 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”* (Citação de entrevista). 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 que haja intervenção nas condições laborais que ocasionam as doenças ocupacionais.

Considerações finais

A forma como se organizam e funcionam as indústrias de abate e processamento de carnes produz

grande demanda por assistência à saúde dos trabalhadores do setor. 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.

Os modos de expressar e lidar com as dificuldades em saúde dos trabalhadores usuários, em que se destaca a queixa de dor, podem ser compreendidos como efeitos do domínio do modelo biomédico, o qual, de acordo com Batistella (2007), é orientado para a intervenção no corpo físico individual, supostamente capaz de retratar a doença de maneira objetiva. Nesse sentido, o sofrimento psíquico oriundo das condições de trabalho nessas indústrias de alimentos é menos valorizado por esse modelo de atenção à saúde e, portanto, menos evidenciado nas queixas em saúde apresentadas pelos trabalhadores ao acessarem os serviços. Assim, a dor se configura como uma queixa considerada mais “legítima” para retratar os problemas de saúde oriundos do trabalho.

Diante da queixa de dor, observa-se a centralidade dos fármacos na assistência realizada nos diferentes serviços de saúde, públicos e privados. Ao reduzir ou mascarar o mal-estar provocado pela dor, os fármacos atuam 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, predominante nos serviços de saúde, faz com que a própria rede pública atue como um dispositivo dessas indústrias no controle da força de trabalho, por meio da assistência prestada aos trabalhadores usuários. Isso denota que, apesar dos avanços em termos de regulamentação, ainda há sérios entraves e desafios para a consolidação da atenção à saúde do trabalhador tal como é preconizada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro e pelas políticas voltadas para a saúde dos trabalhadores. A assistência prestada atualmente na região estudada favorece a exposição dos trabalhadores usuários aos riscos laborais das linhas de produção, o que leva ao agravamento dos problemas

de saúde ao longo do tempo. Assim, observam-se práticas assistenciais que conduzem ao obscurecimento da dor e a produção do adoecimento.

No horizonte de tais colocações, observa-se que as práticas assistenciais realizadas têm relação com os longos percursos que os trabalhadores usuários realizam pela rede de saúde e com a cronificação dos agravos apresentados. Assim, a falta de resolutividade das práticas assistenciais realimentam as demandas dos trabalhadores aos serviços em busca de cuidado.

Nesse cenário, é fundamental constituir localmente a Renast de modo efetivo, qualificando a atenção à saúde já exercida no SUS, para que os serviços públicos de saúde possam romper com a lógica atualmente vigente no atendimento e produzir novas práticas assistenciais voltadas para a produção da saúde, e não do adoecimento e do lugar de doente. Para isso, o princípio de integralidade traz em si um potencial importante, podendo se constituir em resposta política ao poder sobre a vida (Bernardes et al., 2010). Isso porque ele volta a considerar o sujeito do processo saúde e doença na sua alteridade e na sua inacessibilidade, implicando 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 do trabalhador 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 (trabalhadores usuários, profissionais de saúde) no cotidiano de suas práticas.

Referências

- Alves, N. C. R. (2004). *Corpos entre saúde e trabalho: A construção sociopolítica da LER como doença*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Araújo, C. G., & Gosling, M. (2008). Gestão de acidentes de trabalho em uma empresa frigorífica: um estudo de caso. *Pretexto*, 9(1), 81-94.
- 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. Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_ler_guia_profissional_1.pdf
- 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.
- Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 1-11.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca (Org.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- 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 de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a02.pdf>
- Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Boltanski, L. (1989). *As classes sociais e o corpo*. (3a. ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Borges, L. O., Tamayo, A., & Alves Filho, A. (2005). Significados do trabalho entre os profissionais de saúde. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 143-312). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução n. 196. Brasília: Autor.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004 – 2007*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006a). *Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast)*. Brasília: Autor. Recuperado em 14 de Abril, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006b). *Portaria n. 399. Pacto pela saúde*. Brasília: Autor. Recuperado em 13 de abril, 2012, de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006c). *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crôni-*

- cas não-transmissíveis. Brasília: Autor. Recuperado em 13 de abril, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Política nacional de segurança e saúde no trabalho*. Brasília: Autor. Recuperado em 22 de agosto, 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012a). *Política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora*. Brasília: Autor. Recuperado em 22 de agosto, 2013, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prtl823_23_08_2012.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012b). *Dor relacionada ao trabalho: Lesões por esforços repetitivos (LER) – distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)*. Brasília: Autor.
- Brasil, Ministério da Saúde & Organização Pan-Americana da Saúde. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Autores.
- 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.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico* (3a. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Codo, W., & Almeida, M. C. (Orgs.). (1995). *LER/Dort: Diagnóstico, tratamento e prevenção*. Petrópolis: Vozes.
- Coser, O. (2003). *Depressão: Clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dal Magro, M., L., P. (2012). *Entre a saúde e a norma: a atenção à saúde dos trabalhadores das agroindústrias do oeste de Santa Catarina*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Recuperado de <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0510-T.pdf>
- Dedecca, C. S. (Coord.). (2007). *Aspectos conceituais da vulnerabilidade social*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego/Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.
- 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 de <http://www.saude.rs.gov.br/dados/13128191584462%20Desenvolvimento%20de%20a%E7%F5es%20de%20Sa%FAde.pdf>
- 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.
- 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.
- Foucault, M. (1999). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2002). *Ditos & escritos IV: estratégia poder-saber* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- 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.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20.
- Ghisleni, A. P., & Merlo, A. C. (2005). Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 171-176.
- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Thompson.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde & doença* (5a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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 de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002860>
- 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 de <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a10.pdf>
- Lefevre, F. (1991). *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.
- 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.
- 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 de <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2a. ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Saúde do Trabalhador ; 10. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
- Neli, M. A. (2006). *Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo com os trabalhadores de uma indústria avícola*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- Paulo, L. G., & Zanini, A. C. (1988). Automedicação no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 34, 69-75.
- Pinheiro, R. (2009). Integralidade em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a. ed., rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>
- 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.
- Portaria GM Nº 1679 de 2002 [Ministério da Saúde do Brasil]. Estruturação da Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador no SUS. Setembro 19 de 2002. Recuperado em 23 de agosto de 2012, de http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/imagens/PORTARIA_1679_renast.pdf
- Portaria n. 273 de 2011 [Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil]. Disponibiliza para consulta pública o texto técnico básico de criação da Norma Regulamentadora sobre Abate e Processamento de Carnes e Derivados. Agosto 16 de 2011.
- Ramos, M. Z., Bianchessi, D. L. C., Merlo, A. C., Poersch, A. L., Veeck, C., Heissler, S. Z., et al. (2010). Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. *Estudos de Psicologia*, 15(2), 207-215.
- 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*, 129(6), 647-52.
- Santos, M. A. (2011). *O sofrimento dos trabalhadores da agroindústria Sadia S.A. de Chapecó*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Cidade, Brasil.
- 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.
- Sardá Júnior, J. J., Kupek, E., & Cruz, R. (2009). Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, 16(2), 76-80.
- 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.
- 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.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- 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 des-

- mancha de carne em Portugal. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(119), 58-66.
- 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]. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, SC. Recuperado de <http://www.unochapeco.edu.br/publicacoes-cientificas/detalhes/186721>
- Strauss A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.