



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

LUCAS MELLO PIONER

**AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM MUNICÍPIOS INTEGRANTES DA 6ª. SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE SANTA CATARINA**

**Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Co-orientador: Prof^ª. Dra. Maria Helena Machado**

**FLORIANÓPOLIS/SC
SETEMBRO DE 2012
LUCAS MELLO PIONER**

**AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM MUNICÍPIOS INTEGRANTES DA 6ª. SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

**Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Co-orientador: Prof^a. Dra. Maria Helena Machado**

**FLORIANÓPOLIS/SC
SETEMBRO DE 2012**

Dedico esta obra a todos os trabalhadores, trabalhadoras e famílias que ao redor de todo o globo têm sido ostensivamente vitimizados por uma relação de forças injusta e cruel, na qual os interesses do grande capital historicamente se sobrepõem aos sonhos humanos, ceifando vidas e abreviando vivências de modo vil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todos os membros da minha família, pelo que fizeram e fazem por mim em todos esses anos, e em especial aos meus pais, João Clacenir Schmidt Pioner e Onilda Mello Pioner, acima de tudo e de todos, pela educação e pelos exemplos de vida que foram e ainda o são para mim e para meus irmãos.

À Marcia Sebold, essa fiel companheira e esposa dedicada, que nesse exato momento gera nosso primeiro filho em seu ventre, pelo amor incomensurável, pela capacidade de perdoar minhas ausências, e pelo constante estímulo na realização desse estudo.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, pelas valiosas sugestões e ensinamentos, e pela certeza de que nossa amizade perdurará para além do término dessa etapa da vida acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os seus membros, pela oportunidade para a realização deste estudo e pela simpatia e ótima acolhida que aqui sempre encontrei.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), pelo fomento ao projeto de pesquisa do qual esse estudo é derivado, e sem o qual uma pesquisa desta magnitude se mostraria inviável.

À Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC) e à 6^a Secretaria de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina, bem como a todos os indivíduos que lá vivem e trabalham, por nos permitirem adentrar suas vidas e compartilhar suas vivências de modo tão intenso e tão rico para a vida de pesquisador.

Agradeço ainda a cada um dos colegas do curso de Mestrado e a todos os membros do Grupo de Estudos do Trabalho e Trabalhadores de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (GETTS/UFSC), e em especial aos amigos Fábio Luiz Quandt, Dalvan Antônio de Campos e Carmem Regina Delziovo, por todo tipo de suporte que me deram ao longo de todo o curso.

E, em especial, meu muito obrigado a Deus e à maravilhosa natureza por Ele criada, que certamente teve um carinho especial ao desenhar os contornos da Santa e Bela Catarina, com tantas fontes inesgotáveis de inspiração para a vida.

RESUMO

As recentes diretrizes legais determinam que as ações de Saúde do Trabalhador, no Brasil, devem ser executadas em todas as instâncias e níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, a partir dos mesmos princípios e diretrizes desse sistema, e tendo a Atenção Básica como coordenadora do acesso. Contudo, a literatura especializada aponta que, na prática, essas ações costumam ficar restritas aos centros de referência, à exceção de algumas iniciativas isoladas, que funcionam como “ilhas autônomas”. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo avaliar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas pelas equipes de saúde da família que trabalham nos municípios que integram um Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) localizado na região Oeste de Santa Catarina, marcada por níveis alarmantes de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais relacionadas, sobretudo, ao trabalho em frigoríficos de aves e suínos. Em termos metodológicos, utilizou-se a técnica denominada de Avaliação de Quarta Geração, com análise do material empírico de entrevistas individuais e grupos focais através do Círculo Hermenêutico Dialético. Adicionalmente, dados quantitativos permitiram estabelecer um perfil dos trabalhadores afastados do trabalho, vitimizados por doenças ocupacionais. Os resultados apontam para a existência de uma grande demanda por serviços de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, principalmente por patologias ortopédicas e psiquiátricas, permeada por inúmeras fragilidades na estrutura disponível e nos processos de trabalho das equipes. Ademais, a dependência econômica dos municípios em relação aos grandes frigoríficos limita a autonomia dos gestores e dos profissionais, ao mesmo tempo em que a falta de articulação intersetorial compromete a funcionalidade do CIS como um todo. Conclui-se que se faz urgentemente necessário promover uma nova cultura em Saúde do Trabalhador na região, a partir do fortalecimento do papel do Estado como regulador e fiscalizador das ações relativas ao trabalho e à saúde, e com participação direta dos trabalhadores e de seus representantes em todas as etapas desse processo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Recent legal guidelines require that the actions of Occupational Health, in Brazil, must be performed on all instances and levels of complexity of the Unified Health System, from the same principles and guidelines of this system, and with the Primary Care coordinating access. However, the scientific literature indicates that, in practice, these actions tend to be restricted to reference centers, except for some isolated initiatives, that act as "autonomous islands". Thus, this study aimed to evaluate the actions of Surveillance of the Workers Health conducted by health staff members who work in municipalities that comprise a Intermunicipal Health Consortium (IHC) located in western Santa Catarina, marked by alarming levels of occupational accidents and diseases related mainly to work in slaughterhouses for chicken and pork. In methodological terms, we used the technique called Fourth Generation Evaluation, with analysis of empirical data from interviews and focus groups through the Hermeneutic Dialectic Circle. Additionally, quantitative data allowed to establish a profile of workers away from work, victimized by occupational diseases. The results indicate the existence of a large demand for services of Occupational Health in Primary Care, mainly orthopedic and psychiatric diseases, permeated by numerous weaknesses in the available structure and processes of teams work. Moreover, the economic dependence of cities in relation to large slaughterhouses limits the autonomy of managers and professionals, while the lack of intersectorial compromise the functionality of the whole IHC. We conclude that is urgently necessary to promote a new culture in Occupational Health in the region, from strengthening the State's role in regulating and supervising actions relating to work and health, and with direct participation of workers and their representatives at all stages of this process.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Surveillance of the Workers Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação Esquemática da Hipótese de Pesquisa.....	60
Figura 2 – Círculo Hermenêutico Dialético (CHD).....	74
Figura 3 – Modelo Teórico da VISAT na região do CIS-AMAUC.....	79
Figura 4 – Localização da AMAUC no Estado de Santa Catarina.....	88
Figura 5 – Posição geográfica dos municípios integrantes do CIS-AMAUC.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de dados e Fontes consultadas.....	67
Tabela 2 – Distribuição dos municípios investigados, segundo população residente e número de equipes de ESF e de NASF.....	90
Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo o gênero, 2011.....	92
Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo o estado civil, 2011.....	92
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo a faixa etária, 2011.....	93
Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo a ocupação, 2011	94
Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo o grupo de patologia, 2011.....	95
Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o gênero, 2011.....	96
Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o estado civil, 2011	97
Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo a faixa etária, 2011.....	98
Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o local de moradia, 2011.....	99
Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o grupo de ocupação, 2011.....	100

Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o grupo de patologia, 2011.....	102
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Publicações que abordam a VISAT em âmbito municipal através de metodologia qualitativa.....	47
Quadro 2 – Construção do Círculo Hermenêutico Dialético.....	76
Quadro 3 – Legitimação das Categorias Temáticas.....	77
Quadro 4 – Consenso Intra e Inter Grupos de Interesse (Stakeholders).....	78
Quadro 5 – Meta-categorias e Parâmetros de avaliação da VISAT na região da AMAUC, segundo os stakeholders, 2012.....	104

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEF – Associação Brasileira dos Produtores e Exportadores de Frangos
AMAUC – Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CHD – Círculo Hermenêutico Dialético
CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIS-AMAUC – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense
CODEMAT – Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EI – Entrevistas Individuais
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GETTS – Grupo de Estudos do Trabalho e Trabalhadores de Saúde
GF – Grupos Focais
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LER – Lesões por Esforço Repetitivo
LOS – Leis Orgânicas da Saúde
MPS – Ministério da Previdência Social
MPT – Ministério Público do Trabalho
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

PPGSC – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PPI – Programação Pactuada e Integrada
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional
SES/SC – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINTRIAL – Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Alimentação
SPB – Departamento de Saúde Pública
ST – Saúde do Trabalhador
SUS – Sistema Único de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	25
CAPÍTULO I – A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
1.1. INTRODUÇÃO.....	27
1.2. CONTEXTO HISTÓRICO NORMATIVO.....	32
1.3. A FORMAÇÃO DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE.....	36
1.4. A PROPÓSITO DO TRABALHO EM FRIGORÍFICOS..	37
CAPÍTULO II – APROPRIAÇÃO EPISTÊMICA.....	43
2.1. METASSÍNTESE QUALITATIVA.....	43
2.2. METAMÉTODO.....	45
2.2.1. PROCEDIMENTOS DE BUSCA E SELEÇÃO.....	45
2.2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	46
2.2.3. ANÁLISE DOS ARTIGOS.....	46
2.3. RESULTADOS DA METASSÍNTESE.....	52
CAPÍTULO III – JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE DE PESQUISA.....	57
3.1. JUSTIFICATIVA.....	57

3.2	HIPÓTESE DE PESQUISA.....	59
CAPÍTULO IV – OBJETIVOS.....		63
4.1	OBJETIVO GERAL.....	63
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
CAPÍTULO V – PERCURSO METODOLÓGICO.....		65
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	65
5.2	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	67
5.3	FASES DO PERCURSO METODOLÓGICO.....	72
5.4	QUADROS DE SÍNTESE.....	75
5.5	MODELO TEÓRICO PROPOSTO.....	78
5.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	84
5.7	FINANCIAMENTO.....	85
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....		87
6.1	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO INVESTIGADO.....	87
6.2	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	91
6.3	RESULTADOS QUALITATIVOS.....	103
6.3.1	O TRABALHO E O USUÁRIO DO SUS NA REGIÃO DA AMAUC.....	105

6.3.2	TRABALHO E ADOECIMENTO: PRINCIPAIS DEMANDAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	112
6.3.3	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA REGIÃO DA AMAUC.....	120
6.3.4	A EQUIPE DA APS <i>VERSUS</i> O MUNDO DO TRABALHO NA REGIÃO DA AMAUC.....	135
6.4	RECOMENDAÇÕES.....	144
	CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	157
	APÊNDICES.....	171
	APÊNDICE 1 – DIÁRIO DE CAMPO.....	171
	APÊNDICE 2 – QUESTÕES NORTEADORAS DOS GRUPOS FOCAIS.....	193
	APÊNDICE 3 – ARTIGO CIENTÍFICO.....	195
	ANEXOS.....	217
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	217
	ANEXO B – CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	219

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi concebido e desenvolvido pelo pesquisador Lucas Mello Pioner, discente do Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), vinculado ao Departamento de Saúde Pública (SPB), do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, e com co-orientação da Prof^ª. Dra. Maria Helena Machado.

A motivação inicial para a realização deste estudo surgiu a partir da formação acadêmica e da experiência profissional deste mestrando nas áreas de Medicina de Família e Comunidade e de Saúde do Trabalhador em municípios da região da Grande Florianópolis.

Na prática clínica cotidiana, e na convivência diária com outros profissionais que também atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), havia a impressão de que essas duas grandes subáreas da Saúde Coletiva pouco se articulavam para a garantia de ações adequadas de saúde destinadas à população trabalhadora, e originadas a partir de iniciativas da Atenção Básica.

Adicionalmente, o pesquisador principal atua como Perito Médico Previdenciário no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), carreira vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS), e lida diariamente com as consequências médico-sanitárias e com os custos sociais ocasionados pelo adoecimento ocupacional.

Ademais, Lucas Mello Pioner é membro do Grupo de Estudos do Trabalho e Trabalhadores de Saúde (GETTS), grupo de pesquisa vinculado à UFSC e liderado pelo Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, e que atualmente desenvolve o estudo intitulado “Análise da articulação entre os NASFs e a ESF na 6ª SDR do Estado de Santa Catarina – dos desafios às potencialidades para efetivação do SUS”.

Diante deste cenário, surgiu a oportunidade de avaliar como são desenvolvidas as atividades de Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir da ESF e dos NASF nos municípios integrantes da 6ª. Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) do Estado de Santa Catarina (onde está localizado o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS-AMAUC), região que concentra as maiores empresas do país no setor agroindustrial de frangos e suínos, ramo da indústria

alimentícia com índices alarmantes de adoecimento causado pelo trabalho.

A propósito, este estudo pretende avaliar como são desenvolvidas as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes de ESF e de NASF dos municípios que integram o CIS-AMAUC.

Poderia se supor que se trata de uma pesquisa específica de um caso das políticas públicas no Estado de Santa Catarina, abarcada sobre os paradigmas do Sistema Único de Saúde brasileiro. Realmente, parte-se das políticas e seus veios administrativos em saúde, mas não se encerra neste nicho. Pretende-se entender, com base na importância que o município adquiriu na reforma sanitária, se existem e quais são as estratégias que os gestores locais desenvolvem para suprir as necessidades assistenciais de Vigilância em Saúde do Trabalhador, dando ênfase ao consórcio intermunicipal de saúde existente na região.

CAPÍTULO I – A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1 INTRODUÇÃO

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - Portaria nº648/GM, de 28 de março de 2006), o Brasil avançou ainda mais na busca pela garantia do direito à saúde como direito humano, cujo dever de garantia cabe ao Estado. Oportuno ressaltar que esta Política, posteriormente, encontrou ressonância, fortalecimento e reforço nos princípios e diretrizes alinhavados no Pacto pela Saúde, em seus três desdobramentos: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a).

Seu formato final fundamentou-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), consignados na legislação federal.

Assim, a nova política buscou sinalizar a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades daquela eleita para representar a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como uma política pública estratégica para a reorientação do modelo de atenção à saúde vigente no país, na medida em que deve ser operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais que trabalham com abordagem interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 1999).

Ainda segundo a diretriz legislativa, “estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada”, devendo trabalhar no desenvolvimento de “ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade” (BRASIL, 1999).

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os

limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS, notadamente marcados pela fragmentação do cuidado, pelo preventivismo exacerbado, e por ações curativas centradas na figura do médico, que, em última análise, são desdobramentos da visão reducionista do modelo de atenção à saúde hegemônico no país (modelo biomédico).

Em setembro de 2011, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Brasil possuía 32.637 equipes de Saúde da Família atuando em 5.288 municípios brasileiros. Porém, somente 101,34 milhões de pessoas estavam cobertas pelo programa, ou seja, apenas 53,12% da população brasileira (BRASIL, 2011).

A ESF em Santa Catarina possuía, em setembro de 2011, 2.601 equipes cadastradas pelo Ministério da Saúde, sendo que apenas 1.400 equipes estavam atuantes, e atendiam a uma população estimada em 4,34 milhões de pessoas em 290 diferentes municípios, com uma cobertura de 69,46% da população catarinense (BRASIL, 2011).

Visando ponderar, em âmbito normativo, a relevância de outros profissionais de saúde para a consolidação da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, ampliando a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária a Saúde (APS), bem como sua resolubilidade e efetividade, para além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008 (BRASIL, 2008).

De acordo com esta Portaria, o NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Educador Físico; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

O NASF, como organismo vinculado à Equipe de Saúde da Família, compartilha seus desafios e, sendo assim, o processo de trabalho deverá ser organizado com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as Equipes de Saúde da Família que a ele se vinculam, de forma a priorizar as ações de: a) atendimento compartilhado, b) intervenções específicas com os usuários e/ou

famílias, e c) ações comuns desenvolvidas de forma articulada com as equipes (BRASIL, 2009).

Tem como responsabilidade central atuar de modo a reforçar nove diretrizes da atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, a territorialidade, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização dos serviços. (BRASIL, 2009).

Em termos práticos, no que diz respeito à área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), segundo Alves (2003), pode-se afirmar que esta...

“vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública e, nesse sentido, necessita atentar para essas mudanças em curso nos processos de saúde/doença e na atuação da saúde pública em geral, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas colocados para os trabalhadores – problemas estes de ordem complexa e de difícil resolução mediante ações centradas nos aspectos curativos” (ALVES, 2003, p.320).

Por outro lado, Canguilhem (1995) e Caponi (1997) nos trazem uma importante contribuição conceitual ao tratar o conceito de saúde de outra forma, colocando em xeque a concepção de saúde como oposto de doença. Os autores afirmam que é valendo-nos de nossa capacidade para tolerar as infidelidades e variações do meio que devemos pensar o conceito de saúde. A saúde pode ser pensada como a possibilidade de cair enfermo e de poder recuperar-se, como uma guia reguladora das possibilidades de ação (CANGUILHEM, 1995; CAPONI, 1997).

Ainda de acordo com Canguilhem (1995) e Caponi (1997), citados por Alves (2003), a saúde deve ser concebida como um conceito vulgar, isto é, ao alcance de todos, e não como um conceito estritamente científico, de domínio apenas da academia. Esta concepção se justifica na medida em que consideram que

“(...) a saúde implica uma experiência subjetiva vivenciada pelo indivíduo, que não pode ser totalmente apreendida pelo conhecimento científico nem se pretender um conceito de valor universal. Com isso, nos apresentam a possibilidade e a

necessidade de tratar da questão da saúde através da participação de todos os atores do setor, que vivenciam a experiência do processo saúde/doença na produção de conhecimento e nas intervenções sobre este processo” (ALVES, 2003, p.320).

Portanto, essa nova perspectiva lança suas bases a partir de uma concepção ampliada dos processos de adoecimento e de manutenção/recuperação da saúde, destacando a determinação social do processo saúde-doença e a necessidade do estabelecimento de ações intersetoriais capazes de proporcionar condições minimamente adequadas de educação, moradia, alimentação, trabalho, e meio ambiente, entre outros requisitos necessários para a manutenção da justiça e da paz social (BUSS, 2000; ALVES, 2003).

De acordo com Dias (1994) *apud* Alves (2003), os marcos teóricos e o arcabouço metodológico que dão suporte às ações desenvolvidas pela Saúde do Trabalhador (ST), se aproximam, em múltiplos aspectos, dos enfoques da Promoção da Saúde e da Vigilância à Saúde. Primeiramente, essas consonâncias se verificam já na concepção de saúde que orienta tais práticas, pois na medida em que a saúde coletiva brasileira sofre influências da reforma sanitária italiana e da medicina social latino-americana, deflagra-se uma ruptura com o paradigma hegemônico que vincula a doença a uma causa específica ou a um grupo de causas existentes nos ambientes de trabalho (ALVES, 2003).

Logo, as intervenções na área da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) devem estar embasadas na ideia de que, para a população trabalhadora, as noções de saúde não devem se restringir à simples inexistência de patologias ocupacionais e acidentes típicos de trabalho. Pelo contrário, as ações de ST, em todos os locais onde são desenvolvidas, devem procurar introduzir mudanças e transformações nos ambientes de trabalho e nos processos produtivos, objetivando não somente eliminar os riscos pontuais à saúde dos trabalhadores, mas também e, sobretudo, construir um novo modo de inserir os seres humanos nos processos produtivos e potencializando a saúde e a vida em todos os espaços sociais.

Portanto, a ST e a VISAT entendem que os processos saúde-doença são determinados socialmente, e procuram dar ênfase aos múltiplos e variados aspectos relacionados (multideterminismo) ao

surgimento dos processos mórbidos, tais como: aspectos econômicos, sociais, políticos e ambientais (ALVES, 2003).

De modo semelhante aos marcos teóricos da Promoção da Saúde, a ST toma para si o conceito ampliado de saúde, assumindo seu interesse em estudar e discutir não mais apenas os riscos e as consequências do adoecimento, mas também as causas primárias que determinam a existência de tais riscos (ALMEIDA, 2000).

No mesmo sentido, assim como nas demais áreas de atenção à saúde no SUS deve ser defendida e incentivada a participação da sociedade civil organizada, também na ST se faz necessário o estabelecimento de parcerias com todos os atores envolvidos com esta temática, e, sobretudo, com a classe trabalhadora e seus órgãos de representação, justamente os maiores interessados na questão. (ALMEIDA, 2000).

Percebe-se, todavia, que um dos principais obstáculos a serem superados pela área da Saúde do Trabalhador, levando-se em conta sua determinação social e o conceito ampliado de saúde, concerne exatamente à concretização da intersetorialidade em suas práticas. Segundo Alves (2003), “no âmbito das ações em ST persiste um conflito de competências entre os órgãos de vigilância, sendo necessário um maior diálogo entre os setores governamentais tradicionalmente vinculados a essas questões – o Ministério do Trabalho, o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde” (ALVES, 2003 p.321).

Vale a pena ressaltar, ainda, que o conceito de intersetorialidade não está relacionado unicamente à ação conjunta de diferentes esferas e instituições governamentais, mas diz respeito também ao estabelecimento de parcerias com atores e órgãos não governamentais. É preciso também melhorar a integração com as entidades de classe representativas dos trabalhadores, além de outras organizações da sociedade civil, uma vez que as questões de saúde dos trabalhadores não interessam exclusivamente à população trabalhadora em si, mas sim a todo o conjunto da sociedade.

No mesmo sentido, e partindo da premissa que as condições de vida dos cidadãos (inclusos aí os aspectos de trabalho, renda, educação, habitação, alimentação, meio ambiente, entre inúmeros outros) influenciam de modo direto a saúde das populações, a ST e a VISAT precisam levar em consideração a necessidade do estabelecimento de parcerias intersetoriais diversas, a fim de buscar uma atuação mais abrangente e eficaz (ALVES, 2003).

Assim, para que a Saúde do Trabalhador possa interagir de modo mais articulado com as demais áreas do SUS, saindo do tradicional isolamento em que se encontra no bojo das políticas públicas de saúde e assumindo a posição de centralidade que lhe cabe nesse processo, faz-se necessário um redirecionamento de suas práticas na direção da promoção da saúde e da proposição de políticas públicas saudáveis.

1.2 CONTEXTO HISTÓRICO NORMATIVO

No que diz respeito ao contexto histórico-normativo da ST, a Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para o cuidado com a segurança e a saúde do trabalhador, por meio de ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, e da Saúde (BRASIL, 1988).

Dentre os principais artigos da CF relacionados à temática da ST, destacam-se os seguintes:

- **Artigo 7** – São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria da condição social:

- **Inciso IV** – Salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender as suas necessidades vitais básicas e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

- **Inciso XXII** – Redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

- **Inciso XXIII** – Adicional de remuneração para atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

- **Inciso XXIV** – Aposentadoria;

- **Inciso XXVIII** – Seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;

- **Artigo 30** – Compete aos municípios:

- **Inciso VII** - Prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

- **Artigo 196** – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e o acesso universal e

igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

• **Artigo 200** – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho.

Na mesma linha, a Lei Federal 8.080/90 (Brasil, 1990), chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS), regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a ST, e entende a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços e saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e,

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de

todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Alguns anos mais tarde, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS/GM 3.120/98, a qual aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes (BRASIL, 1998a).

Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS/GM 3.908/98, aprovando a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 1998b).

Assim como a CF e a LOS, ambas as Portarias citadas acima assumem que a ST deve ser norteada pelo princípio da universalidade, o que significa dizer que todo cidadão brasileiro tem direito aos serviços de ST, independentemente do seu grau de inserção na economia e do tipo de vínculo trabalhista. Ademais, o princípio da equidade deve expressar a justiça no acesso, de tal modo que os grupos mais necessitados (como os desempregados) devem ter precedência e prioridade no atendimento de suas demandas.

Quatro anos mais tarde, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS/GM 1.679, de 20 de setembro de 2002, instituindo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Este instrumento legal reforça que as ações de ST deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação, e define que, para a estruturação da RENAST, serão organizadas e implantadas: a) Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família; b) Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; e c) Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS (BRASIL, 2002).

Segundo o anexo II da citada Portaria, que trata das atribuições e ações desenvolvidas pelos CERESTs, estes órgãos devem ser compreendidos como polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação entre processos produtivos e processos de saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser

atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese os CERESTs poderão assumir atividades que os caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção (BRASIL, 2002).

Por meio da RENAST, o governo brasileiro busca instituir o cuidado integral à saúde dos trabalhadores, com a inclusão de ações de ST no âmbito da Atenção Básica, associadas à instituição e indicação de serviços de retaguarda, na média e na alta complexidade. O foco primordial deve ser a descentralização das ações de saúde, com a organização de uma rede de prestação de serviços de saúde do trabalhador por meio da municipalização e da distritalização, pois estes são considerados territórios estratégicos para a estruturação de ações de ST (BRASIL, 2002).

No âmbito da Atenção Básica, e mais especificamente no bojo da Estratégia de Saúde da Família, segundo Caldeira (2010) “deverão ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexos causal entre o quadro de morbimortalidade verificado nos processos de trabalho de um determinado território” (CALDEIRA, 2010, p.25).

Abordar as questões da ST nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias. Nesse sentido, as equipes da ESF passam a ser consideradas como espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, em virtude da existência de maiores oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde, relacionadas ou não ao trabalho, com foco primordial na Promoção da Saúde (BRASIL, 2002).

No ano de 2005, mais especificamente no dia 03 de maio, o governo lança a Portaria Interministerial nº 800, que Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Esta política, entre outras diretrizes, amplia as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador já dispostas nos documentos anteriores, visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção à saúde. Como novidades, a PNSST estabelece como prioridade a formação em saúde e segurança do trabalhador, incentivando a capacitação e a educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela sua operacionalização (BRASIL, 2005b).

Em nível estadual, o único documento destinado à ST que se destaca em Santa Catarina é o Caderno Catarinense de Saúde do

Trabalhador para a Rede de Atenção Básica (SES/SC, 2008). Esse documento, embora se constitua em iniciativa bastante louvável, e ainda que seja relativamente volumoso, não apresenta grandes novidades sobre a temática, limitando-se a compilar os aspectos legais e normativos já citados anteriormente.

1.3 A FORMAÇÃO DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

A formação de consórcios, para as mais variadas finalidades, é uma iniciativa de gestão que pode ser adotada de modo autônomo pelos entes da federação brasileira (estados e municípios), de acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Especificamente no que diz respeito à temática da saúde, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) - Lei nº 8080/90 e Lei nº. 8142/90 – por sua vez, estabelecem que os consórcios intermunicipais podem integrar a gestão pública do SUS, de acordo com os interesses e disponibilidades de uma determinada região (BRASIL, 1990).

A conformação dos consórcios intermunicipais em saúde é relativamente flexível, variando conforme as realidades regionais, sendo possível incluir e/ou excluir os municípios integrantes, bem como modificar os tipos de serviço e de assistência prestados à população, o que de certo modo impulsiona o desenvolvimento de uma maior autonomia municipal.

Sob essa lógica, a implantação de consórcios de saúde possibilitou o surgimento de condições favoráveis para que o município pudesse assumir as responsabilidades necessárias à gestão plena do seu sistema de saúde, de acordo com estabelecido na NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996a).

Contudo, ainda que a autonomia municipal deva sempre ser incentivada, é importante ressaltarmos a necessidade de integração com a gestão estadual do SUS, responsável pela organização dos serviços em seu território, organizando os sistemas de referência e contra-referência sob a lógica da regionalização, permitindo aos municípios otimizarem a utilização dos recursos disponíveis, de acordo com o disposto na Programação Pactuada e Integrada (PPI), discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB (LIMA, 1998).

Ademais, a prestação de serviços públicos de forma consorciada, com a gestão dos processos municipais, estaduais e federais (desde o financiamento até a efetivação das ações) ocorrendo de modo

integrado, apresenta-se legitimada como política pública passível de controle social, mas não está imune às disputas ideológicas e às coalizões governamentais, o que, contraditoriamente, restringe até certo ponto a autonomia dos municípios.

Na prática, pode-se observar que a administração pública tem utilizado os consórcios intermunicipais em saúde para o enfretamento de problemas de naturezas diversas, como, por exemplo, para o gerenciamento de centros regionais de especialidades, para suprir necessidades de atendimentos de urgência e emergência, de saúde mental e de saúde materno-infantil, para viabilizar a implantação de programas de sangue e hemoderivados, entre inúmeras outras finalidades (BRASIL, 1997).

Assim, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são estruturas que integram o SUS em seus mais variados contextos. Segundo Rocha (2004) no ano de 2000, os consórcios, na esfera pública de saúde, somavam 138 instituições, com tendência de crescimento de 10% a cada ano, em média. No âmbito estadual, Santa Catarina apresentava 56% de seus municípios integrados a algum CIS, para o ano de 2004 (SES-SC, 2011).

1.4 A PROPÓSITO DO TRABALHO EM FRIGORÍFICOS

De acordo com Dalla Costa (2008), a avicultura, no Brasil, e em particular no sul do país, vem passando por profundas transformações, com tendência, nos últimos anos, à modernização e à automatização dos processos produtivos em escala superior aos demais setores da economia.

A atividade avícola, antes artesanal e baseada em tradicionalismos (galinhas criadas livremente nos terreiros dos quintais), passa a se tornar um dos principais setores da economia a utilizar tecnologias de ponta, destinadas ao confinamento e à engorda precoce dos animais, com vistas ao abastecimento não apenas do mercado interno nacional, mas também de uma importante parcela das exportações brasileiras (Dalla Costa, 2008).

O setor do agronegócio de frango, quando analisado em seu conjunto, apresenta uma receita que se aproxima de US\$ 6.000.000 (seis bilhões de dólares). Diante deste indicador, percebe-se uma participação do setor de aproximadamente 40% na totalidade das exportações do país, número que cresce a cada ano. Por tais motivos, o setor é responsável

pela geração de mais de meio milhão de empregos diretos, sendo mais de 160 mil apenas na região Sul do país (Camargo, 2010).

A pujança da avicultura é destacada pela Associação Brasileira dos Produtores e Exportadores de Frangos (ABEF), dando ênfase à vitalidade e ao desempenho do setor mesmo em tempos de crise econômica internacional. Contudo, ao contabilizarem seus lucros exorbitantes, os grandes frigoríficos que atuam no país (hoje com capital transnacional) não levam em conta o incalculável passivo social causado pelo adoecimento e pela mutilação de funcionários nos seus postos de trabalho. Por conseguinte, esta problemática vem ganhando destaque no meio acadêmico e no sindicalismo nacional, e se tornou, inclusive, alvo de investigação do Ministério Público do Trabalho a partir do ano de 2006 (Camargo, 2010).

As doenças diretamente relacionadas à rotina de esforço repetitivo (com destaque para as Lesões por Esforço Repetitivo – LER), e às prolongadas e extenuantes jornadas de trabalho (muitas vezes em turnos sucessivos e ininterruptos), invariavelmente associadas ao frio extremo característicos das linhas de abate e processamento (embalagem e congelamento) de carne de aves já atingem cerca de 20% dos trabalhadores do setor (Camargo, 2010).

De acordo com Camargo (2010), em virtude deste cenário, as condições em que o trabalho na avicultura é desenvolvido vêm sendo investigadas por uma força tarefa, especialmente designada para essa finalidade pela Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho (CODEMAT) do Ministério Público do Trabalho (MPT). “As condições são absolutamente incompatíveis com a saúde física e mental dos trabalhadores e estão produzindo uma legião de jovens mutilados”, observa o procurador do Trabalho de Chapecó (SC) e membro do CODEMAT, Sandro Eduardo Sardá. Segundo ele, as jornadas de trabalho chegam a 14 horas diárias, enquanto o MPT defende 36 horas semanais (Camargo, 2010).

Ainda segundo o procurador citado anteriormente, as estatísticas da Previdência Social (via INSS) a respeito das patologias ocupacionais nos três estados da região Sul do país, somados aos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, não deixam dúvidas e denunciam que a avicultura lidera o *ranking* de afastamentos previdenciários. “Nenhuma outra atividade econômica gerou tanto adoecimento nesses estados quanto os frigoríficos”, ressalta (Camargo, 2010).

No que diz respeito aos custos relacionados às doenças ocupacionais, o procurador alerta que este é o grupo de enfermidades

que gera o maior número de benefícios de auxílio doença previdenciário, e quando somados aos acidentes de trabalho, custam ao país o equivalente a 4% do Produto Interno Bruto (PIB), algo em torno de R\$ 107 bilhões por ano. Ademais, não é raro que o valor dos tributos pagos pela empresa sejam inferiores aos gastos da Previdência. Um exemplo citado pelo procurador é o da Sadia, que de 2003 a 2007 pagou R\$ 40 milhões em impostos para o INSS. No mesmo período, o INSS pagou aos trabalhadores dessa empresa, benefícios previdenciários que chegaram a R\$ 140 milhões (Camargo, 2010).

Os acidentes de trabalho afetam a produtividade econômica, são responsáveis por um impacto substancial sobre o sistema de proteção social e influenciam o nível de satisfação do trabalhador e o bem estar da população. No Brasil, os registros indicam que ocorrem três mortes a cada duas horas de trabalho e três acidentes a cada três minutos trabalhados. E esses números dizem respeito apenas aos trabalhadores formalmente empregados, sem levar em conta a conhecida subnotificação através da CAT (Oliveira, 2004).

Esse aspecto de sonegação da emissão da CAT tem causas multifacetadas, sofrendo influências de ordem política, econômica e social, de tal modo que nenhuma explicação pontual parece ser suficiente. Dentre os principais motivos para a não emissão da CAT por parte dos empregadores, a Previdência Social destaca os seguintes:

- ✓ Para evitar que o dado sobre o acidente e/ou a doença ocupacional apareça nas estatísticas oficiais, por ser considerado socialmente vexatório;
- ✓ Para que não haja necessidade de reconhecimento da garantia de estabilidade no emprego, correspondente ao período de um ano a partir do retorno ao trabalho (com a cessação do respectivo benefício previdenciário);
- ✓ Para que não seja exigido o depósito continuado das parcelas do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), no percentual de 8% sobre o salário do trabalhador, correspondentes ao período de afastamento;
- ✓ Para que as empresas não tenham que admitir e reconhecer oficialmente a existência de agente nocivo à saúde nos ambientes de trabalho;
- ✓ Para que não seja necessário recolher a contribuição específica correspondente ao custeio das aposentadorias

especiais para os trabalhadores expostos aos mesmos agentes (Oliveira, 2004).

A ausência de segurança nos ambientes de trabalho no Brasil gera despesas com benefícios acidentários e aposentadorias especiais, com assistência à saúde do acidentado, indenizações, retreinamentos, reinserções no mercado de trabalho e horas de trabalho perdidas. Esse elevado custo afeta negativamente a competitividade das empresas, pois aumenta o preço da mão de obra, o que tende a se refletir no preço final dos produtos. Ademais, o incremento das despesas públicas com previdência, reabilitação profissional e saúde reduz a disponibilidade de recursos orçamentários para outras áreas ou induz ao aumento da carga tributária sobre a sociedade (Oliveira, 2004).

Por sua vez, algumas empresas afastam trabalhadores e muitas vezes os demitem logo após a concessão do benefício, 15 dias após o acidente. Com isso, o trabalhador se afasta, já sendo portador de doença crônica contraída no exercício da atividade laboral, e o desemprego poderá se prolongar na medida em que, para obter o novo emprego, será necessária a realização de exame admissional, no qual serão eleitos apenas aqueles considerados saudáveis (Oliveira, 2004).

Por outro lado, Severo (2009) destaca a participação do capital internacional no setor avícola brasileiro, e afirma que as empresas estrangeiras entraram nesse nicho de mercado em decorrência do lucro fácil do setor, motivadas pela fragilidade dos órgãos de fiscalização e do judiciário, acarretando uma verdadeira desnacionalização da “galinha dos ovos de ouro” (SEVERO, 2009, p.43).

O mesmo autor (Severo, 2009) descreve de modo mais detalhado a entrada, no mercado de frangos, das grandes transnacionais, e destaca que, no curto período de um ano, a norte-americana Cargill® (atual controladora da Seara) saltou da 14^a para a 11^a posição no *ranking* das maiores empresas em atuação no Brasil, tornando-se a terceira maior exportadora de aves do país.

Outro aspecto importante, diz respeito aos recursos utilizados para o custeio de inovações tecnológicas e gerenciais neste ramo empresarial que, segundo Ramos (2007), são majoritariamente financiadas com recursos públicos, geralmente provenientes do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Desse modo, o tema da formação humana, reduzida nos processos de trabalho capitalistas ao desenvolvimento das habilidades requeridas para a maximização da produtividade, tendo em vista a

produção de excedente em forma de capital, encontra na dinâmica de trabalho dos frigoríficos a sua mais candente expressão.

Associando condições fisicamente degradantes com a necessidade individual e subjetiva para se submeter a um modo de trabalho extenuante, os responsáveis pelas seleções de novos candidatos se deparam com um exército industrial e rural de reserva cada vez maior, tendo em consideração que os requisitos de escolarização e formação profissional são praticamente nulos.

Então, a combinação descrita acima pode ser vislumbrada para além das aparências, uma vez que exprime o nível de aprimoramento alcançado pelo capital internacional nos modos de extração da mais-valia. Neste cenário, coabitam formas absolutas e relativas de exploração material do trabalho. Os trabalhadores do setor assimilam as técnicas e estratégias de maximização da produtividade (e, por consequência, dos lucros) nos próprios ambientes de trabalho, e acabam por se tornar fiscais e controladores de si mesmos, sem qualquer ônus para as empresas.

Todavia, de modo contraditório, os imensos custos humanos e sociais deste tipo de relação de trabalho levam os trabalhadores a reconhecerem que estão sendo expropriados naquilo que é essencial até mesmo para a manutenção da condição de seres exploráveis pelo capital, ou seja, a sua saúde.

CAPÍTULO II – APROPRIAÇÃO EPISTÊMICA

2.1 METASSÍNTESE QUALITATIVA

A quantidade de pesquisas qualitativas vem crescendo, e, portanto, levando à mesma problemática enfrentada pelos pesquisadores e consumidores de pesquisas quantitativas, ou seja, o acúmulo de informações dispersas, o que, segundo Matheus (2009), é um dos motivos do pouco impacto que os resultados dos estudos qualitativos têm produzido na prática, incluindo, a sua subutilização na formulação das políticas públicas de saúde.

Contudo, como a pesquisa qualitativa segue premissas distintas daquelas oriundas da pesquisa quantitativa, as estratégias de coleta e análise dos dados possuem características particulares e, conseqüentemente, outros padrões de rigor científico e de agregação e/ou interpretação dos dados.

A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004; LOPES & FRACOLLI, 2008).

Assim, através da necessidade de apreciação e de tornar visíveis estudos qualitativos clinicamente relevantes, surge o interesse na condução de revisões sistemáticas com a integração dos resultados de estudos qualitativos (LOPES & FRACOLLI, 2008).

Desse modo, a metassíntese qualitativa é definida como a integração interpretativa de achados qualitativos (derivados de estudos fenomenológicos, etnográficos, da teoria fundamentada nos dados, entre outros métodos), que são a síntese interpretativa dos dados. Essas integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. A nova interpretação, por sua vez, não pode ser encontrada em nenhum relatório primário de investigação, pois são inferências derivadas do fato de todos os artigos terem se tornado uma amostra, pois que analisados em conjunto (MATHEUS, 2009; ZIMMER, 2006; WALSH & DOWNE, 2005; SPADACIO *et al*, 2010).

O estudo de Sandelowski *et al* (1997), que tem fundamentado os poucos estudos nacionais decorrentes de metassíntese, esclarecem que a nova síntese interpretativa dos dados não é uma visão resumida com características desvinculadas daquele evento ou experiência, mas sim,

integra os dados a fim de alcançar um nível teórico de compreensão mais elevado (SANDELOWSKI *et al*, 1997).

Os dados das pesquisas primárias podem, assim, ser estudados, relacionados entre si, permitindo compará-los, buscando as convergências e diferenças, compondo uma nova síntese, em nível mais elevado de abstração e compreensão. Essa síntese tem o poder de incluir todos os significados das experiências encontrados nos estudos primários, porém, sem criticá-los ou compará-los, pois essa é a conduta assumida quando o investigador faz uma revisão bibliográfica ou uma sumarização de estudos sobre determinado tema (MATHEUS, 2009; WALSH & DOWNE, 2005).

Assim, a função da metassíntese do ponto de vista qualitativo visa: fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas das ciências da saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados de pesquisas qualitativas na prática clínica e, explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa e as políticas de saúde (MATHEUS, 2009).

Embora possa ser considerada análoga à meta-análise quantitativa, com um interesse compartilhado de sintetizar estudos empíricos, bem como no mesmo desejo de usar uma abordagem sistemática, inclusiva e comunicável na integração entre pesquisas, na metassíntese qualitativa não se calculam médias ou se reúnem resultados dentro de um mesmo intervalo de medidas, e sim se criam amplas traduções interpretativas de todos os estudos examinados (MATHEUS, 2009; LOPES & FRACOLLI, 2008).

Procurar reunir todo o conteúdo disponível sobre determinada temática pode ajudar a compreender os fenômenos e ampliar o conhecimento, favorecendo a sua aplicação na adoção de políticas e práticas, e nas tomadas de decisões no âmbito da saúde.

Sob essa perspectiva, a condução de estudos através da abordagem proposta pela revisão bibliográfica sistemática, seguida do tratamento dos resultados por meio da metassíntese qualitativa, pode possibilitar maior visibilidade e impacto às escassas pesquisas qualitativas conduzidas no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Portanto, esforços no sentido de se sintetizar estudos qualitativos são vistos como essenciais para atingir proposições analíticas mais elevadas e também ampliar a generalização da pesquisa qualitativa. Não se considera, aqui, a generalização como baseada em amostragem e significância estatística, mas como uma generalização

sobre particularidades, que cria amplas interpretações de todos os estudos examinados, de modo a se permanecer fiel a cada um, em particular (MATHEUS, 2009; ZIMMER, 2006).

Sob esse aspecto, é possível considerar a metassíntese qualitativa como a “interpretação multivocal de um fenômeno”, cujas vozes de participantes diferentes podem estar em um mesmo estudo. Entretanto, tais participantes não têm a mesma história, crenças ou visão de mundo, tampouco as metodologias ou os pesquisadores individuais compartilham a mesma filosofia e propostas. O que relaciona as pesquisas, os participantes, as metodologias e os pesquisadores dos estudos primários, entre si, é o fato de participarem do mesmo fenômeno estudado, através da análise e da interpretação do revisor (MATHEUS, 2009; LOPES & FRACOLLI, 2008).

Portanto, o pesquisador da metassíntese precisa ser cuidadoso, dada a complexidade metodológica dos estudos primários e o contexto dos pesquisadores originais de cada estudo. Sua validade não está em uma replicação lógica, mas sim numa lógica integradora, cujas conclusões são acomodadas no artesanato exposto no produto final (LOPES & FRACOLLI, 2008).

2.2 METAMÉTODO

2.2.1 PROCEDIMENTOS DE BUSCA E SELEÇÃO

Foram realizadas buscas de artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, nas seguintes bases de dados: Scielo.org, PubMed, LILACS, Redalyc, Scopus, DOAJ, Portal Bireme e ISI Web of Science.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes termos de busca (descritores), isoladamente, ou em combinação: “Vigilância em Saúde do Trabalhador” (“Surveillance of the Workers Health”/ “Vigilancia de la Salud del Trabajador”); “Vigilância do Ambiente de Trabalho” (“Surveillance of Working Environment”/ “Vigilancia del Ambiente de Trabajo”); “Estratégia Saúde da Família” (“Family Health Strategy”/ “Estrategia de Salud de la Familia”); “Programa de Saúde da Família” (“Family Health Program”/ “Programa de Salud Familiar”); “Atenção Primária à Saúde” (“Primary Health Care”/ “Atención Primaria a la Salud”).

Durante o processo de busca dos artigos, não houve restrições quanto ao ano da publicação. Desse modo, a seleção abrangeu todo o

período coberto pelas bases de dados, e permitiu identificar, em seu conjunto, um total de 36 publicações relacionadas ao tema.

2.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram incluídas as publicações que utilizaram algum tipo de metodologia qualitativa e que produziram dados referentes às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no Brasil, em âmbito municipal, através dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde/ Estratégia de Saúde da Família. Após a leitura na íntegra das 36 publicações selecionadas inicialmente, foi possível encontrar 11 artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

2.2.3 ANÁLISE DOS ARTIGOS

Os artigos selecionados foram fichados e classificados segundo sua correlação com a temática principal, conforme se pode observar no Quadro 1, apresentado a seguir.

A tabulação dos dados permitiu a sistematização das principais características dos estudos selecionados. Seguindo, dessa maneira, a proposta metodológica do metaestudo, privilegiou-se:

- Na metateoria, a análise sobre os problemas, conceitos e teorias que levaram os pesquisadores a explorar determinadas questões;
- No metamétodo, a análise da abordagem metodológica adotada nos estudos, e de suas conseqüências para a perspectiva lançada sobre os problemas investigados;
- Na metanálise dos dados, ou seja, na análise das análises, confrontar as interpretações realizadas nos estudos revisados, reinterpretando os dados à luz dos achados dos demais estudos que compuseram o material bibliográfico consultado.

Por intermédio dessas sínteses parciais, realizou-se uma síntese final, destacando as principais implicações das análises realizadas para o contexto científico, assistencial e das políticas públicas ligadas às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Quadro 1 – Publicações que abordam a VISAT em âmbito municipal através de metodologia qualitativa

Nº	Autores	Revista e Ano	População	Metodologia	Resultados Principais	Descritores
1	Alves, Roberta Belizário.	Cad. Saúde Pública, 2003.	- Artigo teórico do tipo nota (não há população).	- Artigo do tipo nota; - Revisão de literatura.	- Conceito ampliado de saúde. - Promoção da saúde em VISAT. - Carência de ações intersetoriais (MS, MPS, MTE, etc).	Vigilância; Saúde Ocupacional; Promoção da Saúde.
2	Otani, Koshiro.	São Paulo em Perspectiva, 2003.	Artigo Teórico.	- Análise documental. - Revisão de Literatura.	- Estruturas Institucionais cristalizadas; - Resistências de caráter político-partidário nos diversos níveis de gestão; -Estabelece ações de VISAT específicas da ESF; Descentralização das ações de VISAT; - Necessidade de capacitação dos recursos humanos. - Estimula a criação de consórcios intermunicipais.	Saúde e Trabalho; Saúde e Setor Público; Ações de Saúde.

Continua

Continuação

3	Facchini, Luiz Augusto.	Boletim da Saúde, 2006.	Artigo teórico.	<p>- Análise Documental.</p> <p>- Revisão de Literatura.</p>	<p>- VISAT concebida sob influência do modelo operário italiano;</p> <p>- Os trabalhadores estão à margem das decisões políticas para o setor;</p> <p>- VISAT restrita aos trabalhadores do setor formal, em desacordo com um conceito de saúde mais amplo;</p>	Vigilância Sanitária; Vigilância do Ambiente de Trabalho; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Sindicatos; Políticas de Controle Social.
4	Machado, Jorge Mesquita Huet	Cad. Saúde Pública, 1997.	Artigo teórico.	<p>- Análise Documental.</p> <p>- Revisão de Literatura.</p>	<p>- Promoção da saúde;</p> <p>- Distrito sanitário;</p> <p>- Não há consolidação institucional;</p> <p>- As empresas oferecem entraves às investigações;</p>	Vigilância em Saúde; Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Continua

continuação

5	Dias, Elizabeth Costa & Hoefel, Maria da Graça.	Ciência & Saúde Coletiva, 2005.	Artigo teórico.	Análise Documental. Revisão de Literatura.	- VISAT sofre influência do movimento operário italiano; Ausência de ações intersetoriais; Contradições entre “Estado mínimo” e políticas de VISAT; Reestruturação Produtiva: desemprego estrutural.	Saúde do Trabalhador; Atenção à Saúde; Políticas de Saúde do Trabalhador.
6	Machado, Jorge Mesquita Huet & Porto, Marcelo Firpo de Souza.	Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2003.	Artigo teórico.	- Análise Documental. - Revisão de Literatura.	- Política econômica em curso determina exclusão social; - Predomínio de visão reducionista de VISAT; - Ausência de ações intersetoriais.	Promoção da Saúde; Intersetorialidade; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Continua

Continuação

7	Mendes, Jussara Maria Rosa & Sanches Wünsch, Dolores.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2007.	Artigo teórico, do tipo ensaio.	<p>- Análise Documental.</p> <p>- Revisão de Literatura.</p>	<p>- VISAT reducionista, biologicista e preventivista;</p> <p>Influências do capitalismo contemporâneo;</p> <p>- Necessidade de uma nova cultura em VISAT;</p> <p>- Propõe ações de VISAT com viés socioambiental e focado no território.</p> <p>- Reconhece a centralidade do trabalhador na formulação de políticas públicas em ST.</p>	Acidente de trabalho; segurança no trabalho; saúde do trabalhador.
8	Chaves, Sonia Cristina Lima et al.	Rev Panam Salud Publica, 2009.	Informantes-chave de empresas (ligadas ao SESI).	<p>- Métodos mistos: Entrevistas e Questionários;</p> <p>- Análise Documental.</p>	<p>- VISAT eminentemente clínica, e focada em prevenção e tratamento;</p> <p>- Escassez de ações de Promoção da Saúde;</p> <p>- Ações isoladas, carentes de articulação intersectorial;</p>	Saúde Ocupacional; Gerência de Segurança; Vigilância; Brasil.

Continua

Continuação

9	Lamas, Alex Elias et al.	Revista Sul-Brasileira de Odontologia, 2009.	Dentistas da rede pública de Fpolis/SC.	Questionários auto-aplicáveis.	<p>- Inovações tecnológicas e Capitalismo: degradação da saúde dos trabalhadores;</p> <p>- Relações verticais, sem a participação dos trabalhadores na formulação das políticas para o setor;</p> <p>- Ausência de ações intersetoriais;</p> <p>- Falta de capacitação em ST.</p>	Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador; Odontologia do Trabalho.
10	Oliveira, Simone.	Cad. Saúde Pública, 1997.	Trabalhadores de uma indústria têxtil do município de Nova Friburgo/RJ.	<p>- Metodologia qualitativa, do tipo Estudo de caso.</p> <p>- Foram aplicados entrevistas e questionários.</p>	<p>- Importância de ações de ST fora dos ambientes de trabalho;</p> <p>- Necessidade de mudança de concepções: Cultura e Relações de Poder.</p>	Saúde do Trabalhador; Saúde Ocupacional; Qualidade de vida.

Continua

Continuação

11	Monteiro, Maria Sílvia et al.	Rev Esc Enferm USP, 2007.	Estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologia qualitativa, do tipo observação participante. - Como metodologia de ensino de Saúde do Trabalhador, os estudantes analisaram dados referentes a acidentes de trabalho do município, para o ano de 2000. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitações dos acidentes de trabalho pelas fontes CAT e INSS; - Mudanças na legislação previdenciária; Transição Epidemiológica e aumento da expectativa de vida; - Importância de abordar temas da ST durante a graduação. 	Educação em enfermagem; Saúde do Trabalhador; Acidentes de Trabalho; Epidemiologia.
----	-------------------------------	---------------------------	--	--	--	---

2.3 RESULTADOS DA METASSÍNTESE

Entre os 11 estudos qualitativos analisados (Alves, 2003; Otani, 2003; Facchini, 2006; Machado, 1997; Dias e Hoefel, 2005; Machado e Porto, 2003; Mendes e Sanches Wunsch, 2007; Chaves et al, 2009; Lamas et al, 2009; Oliveira, 1997; Monteiro et al, 2007), a maioria (07) abordam o tema da Vigilância em Saúde do Trabalhador com base apenas em análises documentais e revisões de literatura. Ainda que os aspectos conceituais sejam fundamentais, estes artigos carecem de aplicações práticas que os dê sustentação.

Desse modo, ainda que os textos legais que norteiam as ações de VISAT no SUS (Brasil, 1988; 1990; 1998a; 1998b; 2002; 2005b)

reconheçam a importância das pesquisas para a consolidação da área, a busca nas bases de dados especializadas revela que ainda persistem antigas carências nesse sentido. Restringindo-se a busca por ações de VISAT em âmbito municipal, o vácuo se expande.

Entre as publicações disponíveis, há um amplo predomínio de estudos quantitativos (25 de 36), com foco predominante em temas ligados à Higiene Industrial e à Medicina e Segurança do Trabalho. Pouco ou nada é destinado a analisar as fragilidades das ações de VISAT no SUS sob a luz da Sociologia, como permitem as pesquisas qualitativas.

Predominam, ainda, as ações de cunho individualizado e preventivista, com supervalorização dos aspectos biológicos e clínicos, em detrimento dos fatores psicológicos e sociais dos trabalhadores, uma perspectiva que embora seja considerada reducionista e ultrapassada do ponto de vista acadêmico, ainda prevalece na prática cotidiana.

O material analisado permite o reconhecimento da necessidade de uma nova cultura em VISAT, direcionada ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde em todos os espaços da vida social, assumindo como base teórica o conceito ampliado de saúde.

Contudo, praticamente inexitem relatos de tais experiências, e as escassas iniciativas de promoção da saúde costumam ficar restritas aos trabalhadores do mercado formal, sendo geralmente desenvolvidas diretamente nos ambientes de trabalho. E mesmo quando são desenvolvidas atividades fora do ambiente laboral, Andrade et al (2008) defendem que essas iniciativas são utilizadas como um “amortecedor” das condições sociais e como uma espécie de recompensa pelas excessivas horas destinadas ao trabalho desgastante.

Além disso, os autores reconhecem a importância de articulações intersetoriais que legitimem a VISAT para além do campo tradicional da saúde. Porém, novamente há um silêncio a respeito de ações práticas que tenham conseguido lograr tal êxito em nível municipal.

Entre os principais motivos para essa escassez, poderiam ser citados: as estruturas cristalizadas e burocráticas das instituições governamentais tradicionalmente ligadas à VISAT (saúde, trabalho e previdência), a falta de articulação e de parcerias com os órgãos de educação, meio ambiente, agricultura, turismo e ciência e tecnologia (dentre inúmeros outros parceiros em potencial), e a ausência de um diálogo mais efetivo com as lideranças e entidades representativas dos trabalhadores na formulação de políticas públicas para o setor.

Uma análise mais aprofundada sobre o tema permite verificar que a existência de resistências de caráter político nos diversos níveis de gestão, somadas às dificuldades nas investigações do adoecimento laboral proporcionadas pelas empresas, acabam por oferecer entraves adicionais para a consolidação da VISAT no Sistema Único de Saúde (Otani, 2003).

Ademais, a maioria dos estudos aponta para a ausência quase absoluta de programas de educação continuada, e mesmo de formação básica em saúde do trabalhador durante os cursos de graduação na área da saúde. Logo, como se podem esperar ações inovadoras se os profissionais que atuam na área não recebem o mínimo de capacitação sobre o tema?

Dando um passo adiante nas reflexões promovidas pelos diferentes estudos qualitativos ora analisados, é possível reconhecer que todas essas fragilidades elencadas acima apresentam uma origem em comum: o padrão de acumulação capitalista, que em sua fase atual de derretimento dos sólidos – parafraseando o sociólogo Zygmunt Baumann (2001), volta a reprimir com força total os direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Sob influência do capitalismo contemporâneo, a sociedade moderna convive com discrepâncias e contradições que colocam de um lado as políticas de Estado mínimo (inclusive com sucessivas reformas previdenciárias prejudiciais ao trabalhador), e do lado oposto o recente arcabouço legal que orienta para a ampliação das ações de VISAT em todos os âmbitos da vida pública nacional (BRASIL, 1988; 1990; 1998a; 1998b; 2002; 2005b).

Segundo Lamas et al (2009), no momento em que o sistema de saúde brasileiro experimenta a transição de um modelo excludente e pouco resolutivo para um modelo inclusivo, universal, integral e participativo, vivencia-se simultaneamente os efeitos da globalização mundial, suportados por inovações tecnológicas e computacionais que permitem um estreitamento na comunicação global e, na mesma medida, restringem mundialmente a diversidade ideológica, econômica, política e cultural.

Portanto, o sistema de saúde como um todo, e de modo particular a Saúde do Trabalhador, continuam pressionados pela crescente demanda assistencial das populações mais necessitadas e, ao mesmo tempo, por uma crise financeira agravada pela política econômica vigente. Ademais, segundo Machado e Porto (2003), não apenas no Brasil, mas em todo o globo, o contexto político das últimas

décadas se mostrou bastante desfavorável ao surgimento de transformações sociais a favor da classe trabalhadora, com um panorama socioeconômico que vem mantendo, ou mesmo ampliando, a exclusão social.

Em uma nação em franco processo de transição epidemiológica, com tendência ao envelhecimento populacional, o fenômeno da reestruturação produtiva (consequência da política econômica em curso), além de causar a degradação da saúde dos trabalhadores, resulta em desemprego estrutural, o que contribui diretamente para a perpetuação da exclusão social histórica em nosso país.

O cenário atual não só altera o reconhecimento das múltiplas determinações da saúde do trabalhador, como também exige um redimensionamento dos conhecimentos e das ações nesta área, de modo a contemplar as diferentes manifestações que emergem da relação do trabalho *versus* os processos de saúde-doença.

De acordo com Mendes e Wünsch (2007), o tradicional viés preventivista, hegemônico nos discursos oficiais na área de Saúde do Trabalhador, revela-se insuficiente, uma vez que focaliza nos próprios cidadãos trabalhadores os cuidados com os riscos a que são expostos, e acaba por ocultar as manifestações que, na verdade, são decorrentes da inserção produtiva e social desses trabalhadores. Essa lógica se mostra ultrapassada, pois não promove a saúde dos indivíduos e das coletividades, nem tampouco reflete sobre a necessidade de enfrentamento de seus diferentes condicionantes.

Vale lembrar que as publicações institucionais do Ministério da Saúde e da legislação brasileira atual buscam um conceito ampliado de saúde do trabalhador e defendem que o fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 1988; 1990; 1998a; 1998b; 2002; 2005b).

Nesse sentido, Lamas et al (2009) defendem que

“A capilaridade das conquistas conceituais e da legislação vigente em saúde do trabalhador só tem alguma possibilidade de concretização após o aprofundamento do processo de qualificação e o desenvolvimento de novas competências para os profissionais da rede. Para tanto, mais uma vez devem ocorrer a aproximação e o diálogo entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema em torno da questão específica da atenção à

saúde dos trabalhadores” (LAMAS et al, 2009, p.120).

Ainda segundo Lamas et al (2009), a abordagem da temática da Saúde do Trabalhador de modo apartado dos contextos que envolveram as construções resultantes do movimento da reforma sanitária brasileira é uma deficiência com incontestável repercussão no perfil profissional dos egressos dos cursos de graduação. Os autores identificam esta problemática como um ponto nevrálgico das discussões atinentes às reformas em curso nos currículos das universidades brasileiras. Portanto, fomentar um debate profundo sobre esta questão é caminhar para o atendimento das reais necessidades da população trabalhadora.

CAPÍTULO III – JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE DE PESQUISA

3.1 JUSTIFICATIVA

Dentre todos os ramos do conhecimento que se figuram sob a égide da Saúde Coletiva, a Saúde do Trabalhador apresenta a peculiaridade de ser uma área capaz de instituir ações e práticas potencialmente transformadoras e contra-hegemônicas. Isto se justifica na medida em que a ST persegue a integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos e das comunidades, e busca superar a segmentação existente entre a assistência individual e a coletiva, entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, e entre ações preventivas e curativas (AYRES & NOBRE, 2002).

Além disso, a ST traz em sua trajetória a busca da participação e do controle social por parte dos trabalhadores e de suas organizações (LACAZ & FLÓRIO, 2009). Na realidade, segundo Ayres e Nobre (2002), esta área desde o princípio se legitima através das mobilizações e das lutas da própria classe operária por melhores condições de saúde nos ambientes de trabalho.

Em âmbito brasileiro, contudo, as ações de ST ainda se encontram em um lento processo de construção, desconstrução, e reconstrução, de tal forma que, não obstante o surgimento de algumas poucas experiências vanguardistas, a integralidade do cuidado ainda persiste num horizonte distante e nebuloso (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Ayres e Nobre (2002) identificam aqui um dos nós críticos à consolidação da ST no SUS, o que nos remete à questão do modelo assistencial. Segundo os autores, na realidade histórico-concreta a saúde do trabalhador foi sendo construída centrando-se, basicamente, na criação e funcionamento de centros ou unidades de referência, que se tornaram quase ‘ilhas autônomas’, marginais ao restante do Sistema Único de Saúde (AYRES & NOBRE, 2002).

Como principal causa desse isolamento, identifica-se uma precária articulação intra-setorial entre APS, média e alta complexidades, e vigilâncias – sanitária, epidemiológica e ambiental - (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997; DIAS et al, 2009).

Ainda que alguns desses centros especializados tenham de fato se tornado referência para instituições externas ao setor saúde – centrais sindicais, Ministério Público e mesmo para as entidades patronais –

segue sendo muito pouco orgânica a integração de suas ações com as demais instâncias do SUS, que até hoje não incorporaram a saúde do trabalhador em suas práticas cotidianas, nem consideram o trabalho como um determinante do processo saúde-doença. (NOBRE, 1999; AYRES e NOBRE, 2002).

Destaca-se, ainda, que no início de sua formação, muitos desses centros de referência em ST privilegiaram a utilização de referenciais normativos e metodológicos baseados nas normas trabalhistas e previdenciárias, a despeito do esforço em construir novos referenciais teórico-metodológicos próprios – especialmente o da determinação social do processo saúde-doença e o da consideração do trabalho - o processo de produção – enquanto categoria central (AYRES & NOBRE, 2002; ALVES, 2003).

Logo, ainda que possam embasar o surgimento de práticas de ST destinadas à garantia dos direitos sociais, tais referenciais são muito limitados, tanto do ponto de vista das intervenções necessárias e do potencial impacto sobre a saúde dos trabalhadores, quanto do ponto de vista da população atendida, constituída principalmente por trabalhadores do mercado formal, com vínculos celetistas, e pertencentes às categorias profissionais mais organizadas (AYRES & NOBRE, 2002; ALVES, 2003).

O SUS ainda se ressentido da escassez de publicações técnicas e científicas destinadas à produção de normas e protocolos específicos na área de ST. De acordo com Ayres e Nobre (2002), pouco se produz na ótica da vigilância em saúde e da qualidade da atenção à saúde, em seu sentido ampliado, e não apenas nos restritos e insuficientes aspectos assistenciais. Persiste, além disso, a necessidade de melhor definir conceitos e concepções, especialmente aqueles de vigilância, de educação e promoção em saúde aplicados às intervenções em saúde do trabalhador (AYRES & NOBRE, 2002; ALVES, 2003).

A despeito de importantes contribuições (Pinheiro, 1996; Machado, 1996 *apud* Ayres e Nobre, 2002), pode-se afirmar que o processo de construção da VISAT ainda se ressentido de maior reflexão, tanto nesta dimensão teórico-conceitual quanto tático-operativa. Esta última, especialmente face à necessidade de incorporação de critérios epidemiológicos para a definição de prioridades, de tecnologias relativas ao planejamento e acompanhamento das ações.

Destarte, Ayres e Nobre (2002) defendem que a VISAT carece de uma maior reflexão quanto à mobilização e à informação dos atores sociais envolvidos com a matéria, de modo a contribuir para o

desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e para a inclusão de outros segmentos de trabalhadores e da população, que ainda estão à margem das intervenções em saúde.

Por todos esses motivos, o próprio texto legal – Portaria GM nº 3.120, de 01 de julho de 1998 – na seção de número 3, destinada aos princípios, reconhece as pesquisas e os estudos sobre VISAT como parte estratégica e indissolúvel das políticas oficiais para o setor no país (BRASIL, 1998a).

3.2 HIPÓTESE DE PESQUISA

Como foi dito anteriormente, o sistema de saúde como um todo, e de modo particular a ESF e a Saúde do Trabalhador, continuam pressionadas pela demanda assistencial das populações mais vulneráveis e por uma crise financeira agravada pela política econômica em curso.

Verifica-se que a falta de articulação dos serviços públicos, especialmente aqueles relacionados aos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, contribui para que essas condições se mantenham na invisibilidade social. Como afirmam Lourenço e Bertani (2007), “as precárias condições de trabalho ficam mascaradas e forçadas na insuficiência institucional do Estado frente à questão, com fragmentação das políticas destinadas ao setor” (LOURENÇO e BERTANI, 2007, p.130).

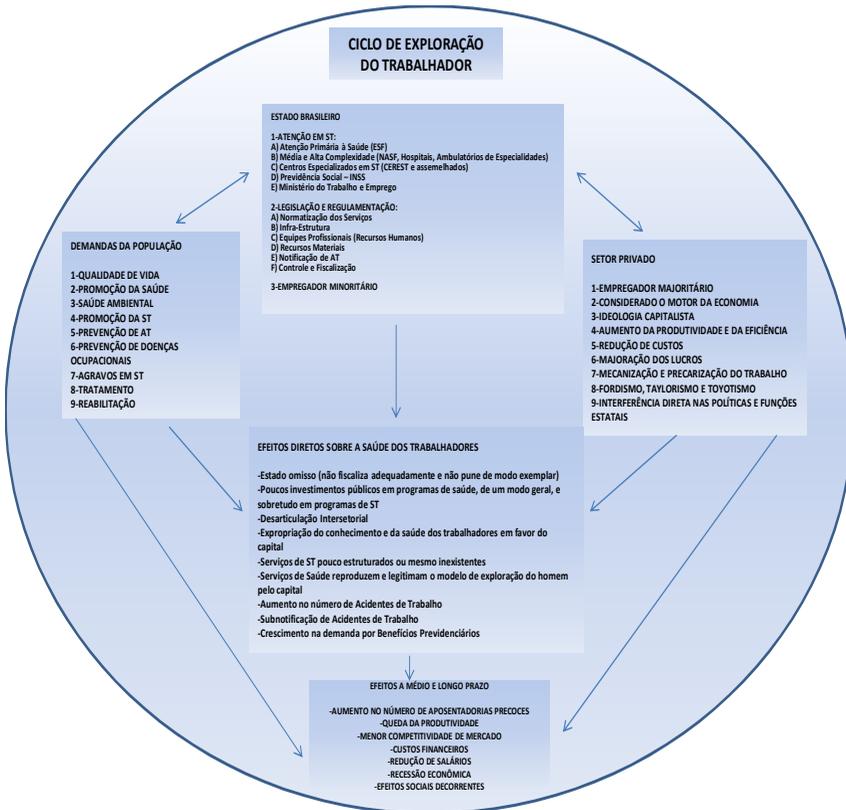
Além disso, Machado e Porto (2003) refletem que, não apenas em nosso país, mas ao redor de todo o mundo, o contexto político e econômico tem se mostrado muito pouco propício ao desenvolvimento de mudanças sociais que fortaleçam os direitos da população trabalhadora, com um panorama socioeconômico que vem mantendo, ou mesmo agravando, a pobreza e as desigualdades sociais.

Logo, pode-se inferir que para a consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS será preciso a superação de entraves de diversas ordens, tais como sociais, ideológicos e políticos, uma vez que, segundo Lourenço e Bertani (2007), essas dificuldades são emanadas da opção do Estado brasileiro por projetos neoliberais de governo, e, em última instância, reproduzem o modelo excludente de exploração do homem pelo capital.

Com base em tais argumentos e pressupostos, optou-se por desenvolver um modelo de representação gráfica, para facilitar a compreensão dos leitores a respeito do arcabouço teórico que dá

embasamento ao Ciclo de Exploração do Trabalhador (Figura 1), conforme a perspectiva dos pesquisadores sobre a temática da ST no cenário brasileiro contemporâneo.

Figura 1 – Representação Esquemática da Hipótese de Pesquisa



Diante deste cenário, de cíclica exploração dos trabalhadores em favor do grande capital, desenvolveram-se as seguintes perguntas de pesquisa: como os serviços da Atenção Primária à Saúde (ESF e NASF) lidam com a temática da Saúde do Trabalhador? No contexto investigado (AMAUC), esses serviços públicos de saúde vêm ao

encontro dos valores culturais e das expectativas dos atores sociais envolvidos, ou, em última análise, legitimam essa exploração da classe trabalhadora pelo agronegócio?

CAPÍTULO IV – OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas pelas equipes de ESF e de NASF que trabalham nos municípios que integram o CIS-AMAUC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar o contexto normativo das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde do SUS.
- ✓ Identificar as características e os processos de trabalho das equipes de ESF e de NASF, e sua articulação com as demais instâncias de Vigilância à Saúde do Trabalhador no SUS.
- ✓ Descrever e analisar a estrutura disponível para a operacionalização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde dos municípios que integram o CIS-AMAUC.
- ✓ Estabelecer um perfil dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho e doenças ocupacionais oriundos dos municípios integrantes do CIS-AMAUC e que são atendidos pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) municipal de Concórdia e pelo Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Concórdia e região (SINTRIAL).
- ✓ Identificar as concepções e os significados que os diferentes atores sociais participantes do estudo têm a respeito da temática da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO V – PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa se constitui em um estudo avaliativo (modelo de quarta geração), baseado na utilização de métodos mistos (quali-quantitativos). Na etapa quantitativa foram investigados os dados de morbidade pertinentes ao adoecimento relacionado ao trabalho na região da AMAUC. Os dados foram obtidos junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) municipal de Concórdia, e se referem ao perfil dos trabalhadores usuários daquele órgão, bem como ao perfil dos usuários do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Concórdia e região (SINTRIAL), órgão parceiro do CEREST na defesa dos direitos dos trabalhadores empregados nas indústrias da alimentação, com destaque para os frigoríficos, maiores empregadores da região.

Já na etapa qualitativa, os dados foram obtidos através da realização de entrevistas individuais não estruturadas e de grupos focais com os principais atores sociais envolvidos com a VISAT da região, tais como gestores dos órgãos governamentais (CIS-AMAUC, CEREST e Secretarias Municipais de Saúde), Médico do Trabalho responsável pelo setor de saúde de um grande frigorífico da região, além dos médicos e enfermeiros que atuam nas equipes de ESF e dos psicólogos e fisioterapeutas que atuam nas equipes de NASF dos municípios investigados. Posteriormente, estes dados foram analisados e interpretados à luz da hermenêutica dialética, com o objetivo de identificar as concepções e significados que os participantes atribuem à temática da saúde do trabalhador na região.

Como aponta Minayo (1994) a pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, 1994, p.21).

O modelo de avaliação proposto busca revelar o que há de singular na região, enfatizando a importância do contexto e das peculiaridades locais. Pretende retratar a realidade da região com profundidade, valendo-se, para tanto, de variadas fontes de informação.

De acordo com Kantorski et al (2009), este modelo de avaliação possibilita ao pesquisador revelar experiências de vida, de modo a

permitir generalizações naturalísticas. Procura representar as diferentes e, por vezes, antagônicas perspectivas presentes em uma determinada situação social, uma vez que utiliza uma linguagem e um formato mais acessíveis aos interessados e participantes da pesquisa (KANTORSKI et al, 2009).

Conforme foi descrito acima, este estudo avaliativo está fundamentado na abordagem descrita como Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 1989; HAYATI, 2006). Esta proposta se refere a um modelo de avaliação que é responsivo, onde as reivindicações, preocupações e questões norteadoras dos diferentes grupos de interesse (*stakeholders*) servem como foco organizativo e fornecem os subsídios para determinar quais informações serão necessárias (KANTORSKI et al, 2009).

Nos modelos avaliativos tradicionais, os parâmetros e limites são previamente definidos, enquanto que na avaliação de quarta geração eles são determinados por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve os diferentes grupos de interesse (GUBA e LINCOLN, 1989; KANTORSKI et al, 2009).

Em termos instrumentais, os dados foram coletados utilizando as técnicas denominadas de Entrevistas Individuais (EI) e de Grupos Focais, de modo a permitir a emergência de singularidades e de diferentes pontos de vista sobre as ações de VISAT e seus efeitos para a região investigada (MINAYO, 1996; MORGAN, 1997).

Deve-se ressaltar, ainda, que, segundo Chizotti (1991) *apud* Rodrigues e Bellini (2010), nas pesquisas com metodologia qualitativa é fundamental levar em consideração que, para além de descrever o objeto de estudo, procura-se explorar e entender trajetórias de vida e experiências sociais dos sujeitos, tomando por base o reconhecimento de suas histórias, valores, costumes, significados, sentimentos, experiências e lembranças.

Os estudos qualitativos operam com a ruptura dos pré-conceitos, indo para além das aparências e dos significados imediatos, para descobrir sua essência. Tal maneira de se buscar e investigar as experiências dos trabalhadores, segundo Rodrigues e Bellini (2010) “sugere transporem-se indicadores objetivos para se analisarem condições de vida e trabalho, o que significa reconhecerem-se tais experiências, em suas múltiplas possibilidades, semelhanças e diferenças” (RODRIGUES e BELLINI, 2010, p.1392).

5.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Conforme descreveu-se anteriormente, esta pesquisa foi desenvolvida com a utilização de métodos mistos, ou seja, foram utilizadas algumas técnicas e ferramentas quantitativas e outras qualitativas. A tabela 1, a seguir, resume os tipos de dados obtidos, bem como as respectivas fontes consultadas.

Tabela 1 – Tipos de dados e Fontes consultadas

Tipo de Dado	Fontes Consultadas
Legislação e Referencial Teórico	Bases de dados e sites governamentais.
Entrevistas Individuais	Trabalhadores da ESF e dos NASF; Gestores municipais da saúde; Coordenador do CEREST; Médico do Trabalho da empresa.
Grupos Focais	Trabalhadores da ESF e dos NASF; Gestores municipais da saúde; Coordenador do CEREST; Médico do Trabalho da empresa.
Análise Documental	Estatuto da AMAUC; Plano Municipal de Saúde de Concórdia; Relatórios das Secretarias Municipais de Saúde.
Perfil dos trabalhadores atendidos no CEREST	Dados secundários fornecidos pelo CEREST municipal de Concórdia
Perfil dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL	Dados secundários fornecidos pelo CEREST municipal de Concórdia

Para a fase qualitativa do estudo, os dados foram coletados através da realização das técnicas conhecidas como Grupos Focais e Entrevistas Individuais não estruturadas (entrevistas abertas).

A técnica denominada de grupo focal se utiliza de entrevistas realizadas coletivamente, em grupo, cujo registro produz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na verbalização de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas sim se trata de um produto coletivo, de sentido mais amplo, sendo útil em situações complexas, envolvendo diversos atores e perspectivas (MINAYO, 2004).

Sua relevância, de acordo com Berg (2004) *apud* Katsurayama (2011) está na interação entre o grupo,

“(...) por se constituir como uma entrevista dinâmica, em que as perspectivas individuais convergem e divergem de posicionamento sobre as questões propostas, o que permite levantar não apenas as diferentes perspectivas de determinada temática, mas também a interação destas perspectivas. A técnica apresenta importância e singularidade na medida em que esta dinâmica, entre os diversos olhares do mesmo tema, poderia ser menos acessível sem a comunicação e a interação na forma de grupo” (KATSURAYAMA, 2011, p. 164).

Para a operacionalização desta técnica, a literatura sugere a utilização de um roteiro de questões pertinentes à temática trabalhada no cômputo da pesquisa (neste caso as ações de VISAT). Estas questões devem servir como ativadores das discussões, contendo os diversos questionamentos acerca da temática investigada (MINAYO, 2004; YIN, 2001). O roteiro de questões utilizadas para a realização dos grupos focais desse estudo se encontram no apêndice 2.

A literatura aponta, ainda, a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer à premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é, portanto, considerada intencional (MINAYO, 2004; YIN, 2001).

No contexto desta pesquisa, os grupos focais foram realizados com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros da ESF; e fisioterapeutas e psicólogos do NASF) que atendem a população trabalhadora da região, com privilégio daqueles envolvidos com o agronegócio de frangos e suínos e que trabalham em empresas frigoríficas.

É sabido que as equipes de ESF e de NASF são multiprofissionais, abrangendo uma gama de categorias. Contudo, para este estudo, selecionou-se apenas os médicos e enfermeiros da ESF e os fisioterapeutas e psicólogos das equipes de NASF. A motivação para esse recorte pontual se deveu ao fato de entender-se que esses são os profissionais que prestam a maior parte dos atendimentos à população

trabalhadora (sobretudo quando acometida de moléstias ocupacionais) e que estão mais diretamente ligados à execução das ações de VISAT, embora se reconheça a importância da intersectorialidade e da participação de todas as categorias profissionais nesse processo.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas frequentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias (MINAYO, 2004; YIN, 2001).

Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de tratado, foi confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise.

Para rigorosidade metodológica, os grupos focais devem ser conduzidos por 2 profissionais treinados na técnica, sendo um moderador, que tem a função de conduzir a entrevista, e um observador, que deve registrar a comunicação não verbal. As falas devem ser gravadas e transcritas na íntegra, material que aliado às anotações dos dois profissionais, deve servir de subsídio para análise e tratamento dos dados qualitativos (MINAYO, 1996; YIN, 2001). Neste caso, os GF foram conduzidos pelo pesquisador principal, Lucas Mello Pioner, e pelo Professor Orientador Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires.

A análise dos dados, segundo Minayo (1996), nos traz três possibilidades dentro de uma pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética. Assim sendo, o método hermenêutico-dialético “é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida.” (MINAYO, 1996, p. 231).

Ainda segundo Minayo (1996), a união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos fruto de múltiplas determinações, mas com significado específico (MINAYO, 1996).

A Entrevista Individual, por sua vez, é um processo de interação social, no qual o entrevistador tem a finalidade de obter informações do entrevistado, através de um roteiro contendo tópicos em torno de uma problemática central (HAGUETTE, 1995).

Para Minayo (1994), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo em que transmite, através de um porta-voz, representações sociais de determinados grupos.

Tratando especificamente da entrevista não estruturada, sabe-se que ela se destina, de modo geral, a estudos exploratórios, sendo bastante utilizada para o detalhamento de questões e para formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Em relação à sua condução, o entrevistador apenas introduz o tema, de tal modo que o entrevistado tem total liberdade para discorrer sobre o assunto sugerido (MINAYO, 1994; MATTOS e LINCOLN, 2005).

É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão, e as perguntas são respondidas dentro de uma conversação de certo modo informal. A interferência do entrevistador deve ser a mínima possível, assumindo uma postura de ouvinte e apenas em caso de extrema necessidade, ou para evitar o término precoce da entrevista, pode interromper a fala do informante (MINAYO, 1994; MATTOS e LINCOLN, 2005).

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 1994).

Quanto aos aspectos quantitativos do estudo, pretendeu-se estabelecer um perfil da população trabalhadora da região, bem como de suas características intrínsecas de adoecimento. Assim, almejou-se encontrar dados sobre o perfil dos usuários do CEREST municipal de Concórdia e dos usuários do SINTRIAL, com a distribuição da população trabalhadora segundo o tipo de empresa, número de acidentes de trabalho e de benefícios de auxílio doença (modalidades previdenciário e acidentário) concedidos aos trabalhadores da região (discriminados por categoria profissional e ramo de atuação).

Para a obtenção dos dados, utilizaram-se majoritariamente documentos e relatórios emitidos pelos órgãos governamentais relacionados à Saúde (Secretarias de Saúde), à Previdência (INSS) e ao Trabalho (CEREST), com destaque para a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Adicionalmente, obtiveram-se dados sobre o adoecimento da população trabalhadora diretamente com os responsáveis pelas empresas da região e com os profissionais de saúde, através de seus relatórios e fichas de controle e produtividade.

Segundo Lima et al (2007), é por meio da documentação sistematizada das intervenções que se desenvolvem tanto os processos investigativos sobre a realidade social e os sujeitos que dela participam, quanto de marcos orientadores para as ações profissionais articuladas em diferentes saberes e em diferentes intervenções, bem como também na articulação entre esses mesmos processos. Para tanto, destaca-se a importância das análises e/ou diagnósticos sobre a realidade social e sobre as demandas singulares da população atendida (LIMA et al, 2007).

Assim, as fontes documentais são consideradas como elementos-chave das ações profissionais, pois comprovam a efetiva realização de tais ações, lhes dando materialidade em diferentes formatos, isto é, em prontuários ou fichas clínicas, em relatórios consolidados de atendimentos (individuais ou em grupo) realizados em instituições ou em domicílios, dentre inúmeros outros modos (LIMA et al, 2007).

De acordo com Lewgoy e Arruda (2004), por sua vez, os diários de campo se constituem em excelentes instrumentos de pesquisa, na medida em que são capazes de permitir “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional” ao mesmo tempo em que, por meio de críticas e aproximações sucessivas, possibilitam que se realize uma “reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios”. (LEWGOY e ARRUDA, 2004, p. 123-124).

Portanto, o diário de campo é uma fonte documental que possui não apenas um caráter “descritivo-analítico”, mas também e, sobretudo, um caráter “investigativo” e de “sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas”, ou seja, consiste em “uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos” (LIMA et al, 2007, p. 96).

Nesse sentido, Lewgoy e Arruda (2004) defendem que esse instrumento pode ser a mola-mestra para o surgimento do que eles apelidaram de “inteligência coletiva”, descrito como sendo um espaço de

troca de saberes, que permite a ampliação e/ou geração novos conhecimentos.

Além de ser uma excelente fonte documental das ações profissionais, articulada ao aprofundamento teórico, o diário de campo, se for utilizado em um processo gradual, pode contribuir para evidenciar as categorias emergentes do trabalho profissional, permitindo a realização de análises mais aprofundadas (LIMA et al, 2007).

Por outro lado, Triviños (1987) e Lima et al (2007) refletem que, por ser também um instrumento adequado ao registro de atividades de pesquisa, o diário de campo pode e deve servir como uma espécie de complementação das informações pertinentes ao contexto onde o estudo se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos participantes, a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas em contatos e entrevistas formais, em aplicação de questionários, formulários e na realização de grupos focais (TRIVIÑOS, 1987; LIMA et al, 2007).

Seguindo essa linha, ao mesmo tempo em que os pesquisadores documentam a coleta de dados, simultaneamente também realizam suas análises que, segundo Mioto (2001), consiste no exame minucioso dos dados obtidos no momento anterior, com o objetivo de sistematizar aspectos relacionados à situação estudada visando compreender a situação da maneira mais abrangente e articulada possível.

Desse modo, todas as fontes documentais (diário de campo, relatórios de pesquisa, prontuários e fichas clínicas, entre outras) só adquirem um real significado quando mostram utilidade tanto para os profissionais quanto para a instituição, pois além armazenar ou arquivar informações, estas fontes devem interferir positivamente nos processos de planejamento e de avaliação das ações e serviços de saúde (Lima et al, 2007).

5.3 FASES DO PERCURSO METODOLÓGICO

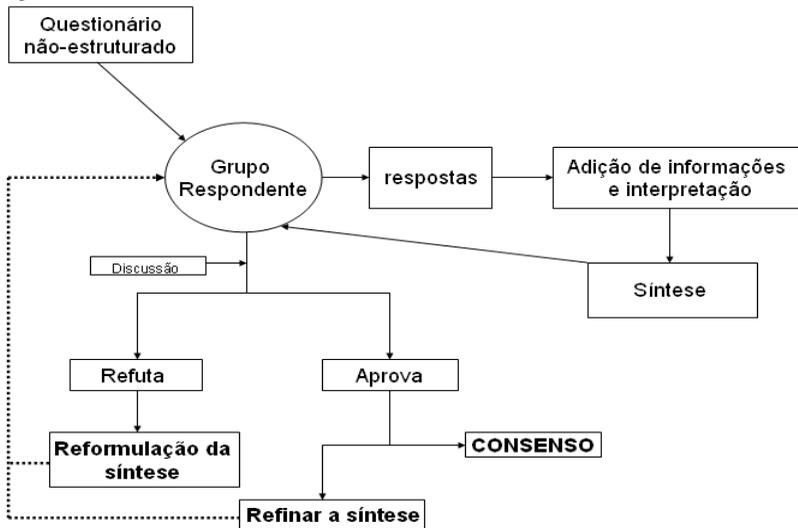
Os conteúdos apreendidos das Entrevistas Individuais (EI) e dos Grupos Focais (GF) foram analisados mediante a utilização da técnica conhecida como Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), descrita por Guba e Lincoln (1989). Adicionalmente, foram analisados os dados provenientes de documentos e relatórios expedidos pelo CEREST, pelos gestores municipais da saúde e pelo SINTRIAL, além do diário de campo elaborado pelo pesquisador principal.

Representando a principal fonte de informações, o material empírico resultante do CHD foi analisado sob a óptica da Hermenêutica Dialética, buscando a reinterpretação dos significados que habitam sob os fatos emergidos, reconstruindo-os historicamente (MINAYO, 2002).

Portanto, os dados obtidos foram tratados seguindo as técnicas denominadas de Círculo Hermenêutico Dialético (Guba e Lincoln, 1989) e de análise documental (MINAYO, 1996; 2002), conforme a descrição textual a seguir, representada graficamente pela figura 2, na página seguinte.

- Coleta de dados de modo simultâneo à sua análise, com respeito total no tratamento das informações, tanto a nível individual, como nas sínteses por grupos.
- Identificação dos aspectos essenciais emergentes de cada EI e de cada GF, bem como valorização dos comentários e das sugestões externadas durante o processo de aplicação do CHD.
- Síntese das informações após cada EI e após cada GF, com análise dos comentários e das sugestões oferecidas pelos entrevistados.
- Condensação e análise dos dados, ao final de cada indivíduo e/ou grupo entrevistado.
- Nível do encontro com os fatos empíricos (análise documental).
 - Identificação das categorias de análise.
 - Condensação dos dados, tomando-se como base o referencial teórico, de modo a se chegar a uma posição de consenso.
 - Retorno do consenso para os grupos de interesse (stakeholders), para refinamento gradual até o momento da aprovação.

Figura 2 – Círculo Hermenêutico Dialético (CHD)



Fonte: Adaptado de Quandt, F. L., 2012.

Em resumo, a figura acima representa, de modo esquemático, a proposta de análise e construção de conhecimento através da aplicação do CHD para a interpretação do material empírico obtido. É válido lembrarmos, ainda, que a construção teórica não ocorre de forma isolada em relação ao espaço externo às entrevistas.

Logo, aos resultados das Entrevistas Individuais e dos Grupos Focais, os pesquisadores adicionaram informações extra-campo, que ajudaram na construção do processo de hermenêutica dialética, tais como: documentos governamentais, legislação normativa, literatura científica especializada, além de comentários e observações sobre o ambiente da pesquisa.

Portanto, na fase final, a palavra “consenso” representa o resultado ou o momento de convergência entre todas as opiniões e pontos de vista manifestados pelas pessoas e pelos grupos entrevistados a respeito da temática da VISAT. Do contrário, as divergências foram reintegradas ao processo avaliativo, até que se chegasse a novas concordâncias.

A esse respeito, Guba e Lincoln (1989) defendem o “consenso” como o resultado final da aplicação da técnica do CHD, na qual se estabelece uma relação dialógica entre os pesquisadores e os sujeitos participantes do estudo. Trata-se, portanto, de um processo dialético, que

pressupõe constante diálogo e confrontação de ideias, com críticas, análises, construções e reconstruções coletivas. Pela estável relação entre entrevistados e pesquisadores, é possível se chegar o mais próximo possível da realidade. Ou seja, as reincidências de conteúdos e significados (valores), oriundos dos debates, conduzem ao estabelecimento de um consenso que fornecerá os indicadores e os parâmetros da matriz avaliativa sobre as ações de VISAT na região do CISAMAUC.

O desenvolvimento deste estudo através da aplicação dessa técnica (CHD) permitiu uma profunda aproximação em relação à realidade pesquisada. Assim, o processo dialético de análises e discussões permanentes possibilita sucessivas acomodações, que nos aproximam paulatinamente da realidade (Quadro 2, Quadro 3 e Quadro 4).

Percebe-se, portanto, que não é possível estabelecer um verdadeiro consenso entre um determinado grupo de participantes. Na verdade, o que ocorre é uma acomodação de diferentes perspectivas, que descrevem a realidade pesquisada (cada qual do seu modo), em um posicionamento em comum.

Esse arranjo toma como base o princípio fundamental da dialética, relativa ao movimento e à transformação, onde nada pode ser visto como acabado, pois a realidade se encontra em constante evolução e, conseqüentemente, o conhecimento e a ciência mudam a cada instante.

5.4 QUADROS DE SÍNTESE

Na fase de tratamento, ou de análise dos dados, o material empírico obtido foi sintetizado e apresentado na forma de quadros, de modo a refinar as discussões das partes interessadas sobre os fatos emergidos das EI e dos GF, facilitando os diálogos e melhorando compreensão dos *stakeholders* e dos pesquisadores sobre os fenômenos em investigação.

Assim, o Quadro 2 diz respeito à construção do CHD pelos participantes da avaliação, isto é, representa os fatos e conteúdos emergidos do processo dialético, de modo a permitir a construção de categorias analíticas.

Quadro 2 – Construção do Círculo Hermenêutico Dialético

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12
ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	<p>✓ FALE A RESPEITO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA REGIÃO DO CIS-AMAUC, DESTACANDO OS ASPECTOS QUE VOCÊ CONSIDERA MAIS RELEVANTES</p>											
GRUPOS FOCAIS	<p>✓ DIALOGUEM E DEBATAM A RESPEITO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA REGIÃO DO CIS-AMAUC, DESTACANDO OS ASPECTOS QUE VOCÊ OU O GRUPO CONSIDERA MAIS RELEVANTES</p>											
GRUPOS TEMÁTICOS – CÍRCULO HERMENÊUTICO DIALÉTICO	<p> IMPORTÂNCIA DO CIS-AMAUC PARA A REGIÃO PECULIARIDADES DO TRABALHO NA REGIÃO AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR DESENVOLVIDAS NA REGIÃO INFRAESTRUTURA DISPONÍVEL CAPACITAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR AÇÕES INTERSETORIAIS PECULIARIDADES DA ESF PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR MUDANÇAS PERÇERIDAS PELA POPULAÇÃO </p>											

Fonte: Adaptado de Quandt, F. L., 2012.

O quadro 3, por sua vez, demonstra um passo adiante no percurso metodológico, momento no qual os conteúdos foram condensados por temas e categorias de análise, que ganharam aporte sobre a dialética de documentos adjacentes (adicionados na discussão dos temas), visando a legitimação dos significados.

Quadro 3 – Legitimação das Categorias Temáticas

GRUPOS DE INTERESSE – <i>STAKEHOLDERS</i>	CATEGORIAS TEMÁTICAS	LEGITIMAÇÃO
CASO 1		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 2		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 3		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 4		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 5		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 6		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 7		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL
CASO 8		CHD
		ANÁLISE DOCUMENTAL

Fonte: Adaptado de Quandt, F. L., 2012.

Em seguida, o Quadro 4 apresenta o consenso possível diante dos pontos de convergência intra e inter grupos de interesse (*stakeholders*), a respeito das ações de VISAT desenvolvidas na região abrangida pelo CIS-AMUAC.

Quadro 4 - Consenso Intra e Inter Grupos de Interesse (*Stakeholders*).

GRUPOS DE INTERESSE	METACATEGORIAS AVALIATIVAS	CONSENSO GERAL
POPULAÇÃO TRABALHADORA		
PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
GESTORES		
ÓRGÃOS DE CONTROLE (INSS E CEREST)		
SETOR EMPRESARIAL		

Fonte: Adaptado de Quandt, F. L., 2012.

5.5 MODELO TEÓRICO PROPOSTO

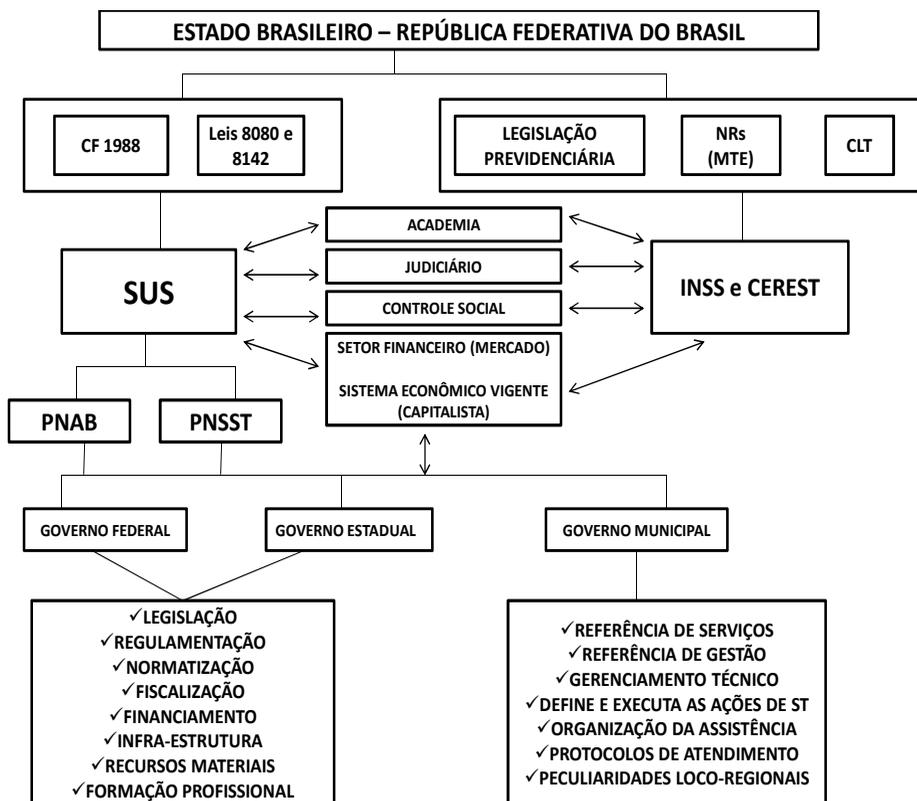
Tomando por base todos os aspectos relatados anteriormente (literatura especializada, arcabouço legal e percurso metodológico), propôs-se a criação do modelo teórico representado pela figura 3, que pretende dar conta de descrever as principais características e meandros relacionados ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no contexto da região investigada.

Segundo Bunge (1974), os modelos teóricos (também conhecidos como modelos lógicos) são diagramas que representam de modo esquemático os conceitos pertinentes ao objeto-modelo. Este, por sua vez, consiste numa representação esquemática de uma idealização (primeiro passo para a conquista conceitual da realidade), representando traços essenciais de um objeto completo que reproduz características comuns a classes de fatos ou coisas, deixando de lado a individualidade e adotando a representatividade do grupo (BUNGE, 1974).

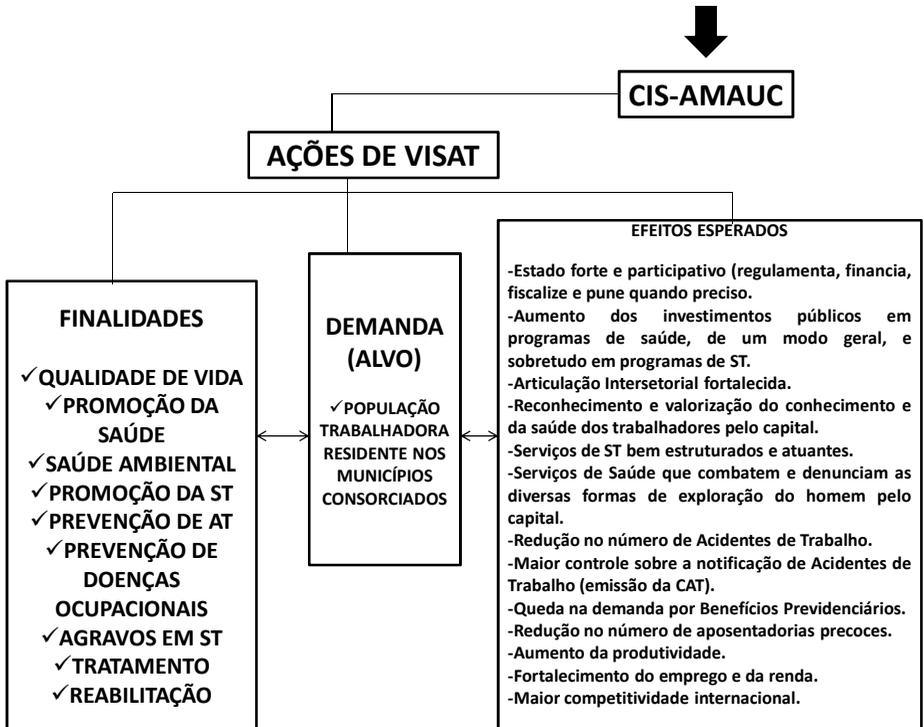
Além disso, de acordo com Almeida-Filho (2000), os modelos teóricos permitem que se instrumentalize o pensamento a respeito dos processos, fenômenos ou eventos em análise. Os pesquisadores buscam chegar o mais próximo possível dos conceitos da realidade, por meio de uma ferramenta de avaliação integrada à uma teoria.

Portanto, para que o modelo teórico auxilie no processo de investigação científica é necessário que seja suportado por uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, sendo considerado o segundo passo nesta construção (Almeida-Filho, 2000).

Figura 3 – Modelo Teórico da VISAT na região do CIS-AMAUC



Continua



No ponto mais alto do diagrama, encontra-se o Estado brasileiro, que desde 1889 é organizado sob a forma de uma República, subdividida em 27 unidades federativas (sendo 26 estados e 01 distrito federal). Cada ente da federação dispõe de autonomia governamental relativa, permanecendo subordinados ao governo central, e seu conjunto constitui a República Federativa do Brasil.

Logo abaixo, num segundo plano, encontra-se o arcabouço legal que regulamenta a temática de interesse para este trabalho, isto é, a Saúde do Trabalhador. Embora cada um os marcos legais tenha surgido em uma época e contexto específicos, em um processo evolutivo gradual, e ainda que juridicamente possa se estabelecer uma ordem hierárquica entre os mesmos, para essa pesquisa em particular optou-se por apresentá-los em conjunto e situados num mesmo plano, por considerarmos que todos esses aspectos legais são fundamentais para uma compreensão mais aprofundada sobre as relações entre saúde e trabalho.

Didaticamente, se pode considerar que a estrutura legal sobre a temática da Saúde do Trabalhador pode ser dividida basicamente em dois grandes blocos: um primeiro, relacionado à saúde (cronologicamente mais recente); e outro, pertinente à categoria trabalho (mais antigo, em termos cronológicos).

Desse modo, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF 1988) é reconhecida como o marco legal fundante do SUS, uma vez que em seus artigos 196 a 200 estabelece que a saúde faz parte do conjunto de políticas sociais (da Seguridade Social, para ser mais preciso), sendo considerada um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Ao lado da CF 1988, encontram-se as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 as quais normatizam que o SUS deverá ser pautado pelos princípios de universalidade do acesso, e integralidade e equidade das ações. Ao mesmo tempo, marcam a descentralização e a regionalização das competências administrativas, enfatizando a importância da participação social nas deliberações de saúde, através das instâncias de controle social.

No outro bloco de marcos legais, encontram-se aqueles que regulamentam a categoria trabalho, com destaque para a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e a Legislação Previdenciária.

A CLT, apesar de decorridas muitas décadas desde a sua criação (em 1º de maio de 1943), e a despeito das inúmeras alterações sofridas ao longo dos anos, ainda se constitui na principal referência no que tange aos direitos dos trabalhadores, garantindo direitos até então inéditos ou restritos a poucas categorias, como as férias remuneradas, o adicional de insalubridade, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o salário mínimo, o seguro-desemprego, o 13º salário, entre outros (BRASIL, 2000).

Por sua vez, as Normas Regulamentadoras do MTE, como o próprio nome deixa claro, constituem uma série de normatizações e regulamentações técnicas a respeito dos riscos à saúde inerentes aos processos produtivos, com o estabelecimento dos requisitos estruturais dos Serviços Especializados de Medicina e Segurança no Trabalho (SESMT), limites máximos de exposição a substâncias nocivas à saúde, entre inúmeros outros aspectos (BRASIL, 1978).

Já a Legislação Previdenciária, corresponde a uma gama de documentos governamentais (Leis, Portarias, Decretos, etc.) que se

destinam a regulamentar a concessão de benefícios previdenciários, tais como o auxílio-doença, o auxílio-acidente, a licença maternidade e os diversos tipos de aposentadoria (por idade, por tempo de contribuição, por invalidez, etc.).

Institucionalmente, os serviços previdenciários são administrados, em âmbito nacional, pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS). Por outro lado, as fiscalizações e o acompanhamento das condições de trabalho (e também dos adoecimentos daí decorrentes), ficam a cargo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) de cada região.

Todos esses órgãos e instituições relacionados ao trabalho, bem como aqueles integrantes da estrutura do SUS (e, portanto, relacionados à saúde), sofrem diversos tipos de influências de outras instâncias, como a Academia, o Judiciário e o Controle Social. Importante ressaltar que, simultaneamente, todas essas instituições e grupos de interesse sofrem constantes pressões oriundas dos grandes grupos empresariais (muitas vezes com capital transnacional), cujo poderio econômico lhes confere uma posição privilegiada nas negociações com os órgãos de governo, de tal modo que algumas companhias se mostram mais poderosas que muitas nações.

Mas voltemos aos marcos legais. No que tange à saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determina que todos os serviços e programas oferecidos pelo SUS devem ser norteados por uma lógica de hierarquização e de regionalização das responsabilidades, adotando o município como o *locus* privilegiado para o desenvolvimento de tais ações, que devem ter como porta de entrada (primeiro contato com os usuários) os serviços de Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS).

A PNAB define, ainda, que estes serviços de referência devem ser oferecidos através de trabalhos em grupo prestados pelas equipes multiprofissionais vinculadas à Estratégia de Saúde da Família de cada município.

Tratando especificamente das ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas no SUS, tem-se que o principal eixo estruturante, do ponto de vista da legislação, é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). As diretrizes traçadas neste documento, em consonância com as demais políticas do SUS, determinam que, dada a proximidade com a realidade vivenciada pelos indivíduos e pelas comunidades, com acompanhamento longitudinal das famílias, as

equipes de ESF se encontram em posição privilegiada para executar as ações de VISAT, de tal modo que a APS novamente se constitui na porta de entrada preferencial para acesso ao sistema.

Marcada pelo forte movimento descentralizador, a reforma sanitária no Brasil, tem como princípio a regionalização dos cuidados ou, como foi comentado anteriormente, a municipalização da atenção à saúde. Desse modo, percebe-se que as três instâncias de governo têm diferentes atribuições e responsabilidades na prestação desses serviços.

O governo federal, e em menor escala também os governos estaduais, são responsáveis diretos por darem conta dos seguintes aspectos: legislação, regulamentação, normatização, fiscalização, financiamento, infra-estrutura, recursos materiais e formação profissional.

Por outro lado, cabe aos municípios definirem e executarem diretamente as ações, se constituindo na principal referência para a gestão do sistema. No caso da ST, os municípios são responsáveis por oferecer o gerenciamento técnico às equipes, elaborando protocolos de atendimento, de modo a organizar a assistência de acordo com as peculiaridades loco-regionais.

Chega-se assim à prática assistencial de VISAT em si, ou seja, ao campo de ação objeto deste estudo, assegurada pela ação individual do município ou, em conjunto, sobre forma de colegiado, somando necessidades e competências para melhorar a efetividade da gestão regionalizada autônoma.

Uma das formas coletivas de se assegurar os cuidados de ST surge na criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Citado anteriormente, o CIS, legitimado pela reforma administrativa do Estado de 1995, tem seu propósito pautado em objetivos comuns entre os participantes consorciados, sendo reflexo das necessidades de saúde sobre os determinantes econômicos, sociais e culturais da região, dando maior eficácia, eficiência e efetividade às ações.

O CIS-AMAUC, em seu Estatuto Social, explicita suas funções específicas como sendo: assegurar a prestação de serviços de saúde especializados; criar instrumentos de controle, avaliação e acompanhamento dos serviços prestados à população regional; ações conjuntas de vigilância em saúde, tanto sanitária quanto epidemiológica; compra e ou produção de materiais, medicamentos e outros insumos; fortalecimento das especialidades de saúde existentes nos municípios; estruturação dos serviços básicos de saúde; assessoramento na implantação de programas e medidas destinadas à promoção da saúde;

relações cooperativas com outros consórcios regionais; gerenciar os recursos técnicos e financeiros.

Portanto, percebe-se que as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, desenvolvidas pelas equipes de ESF e NASF dos municípios integrantes do CIS-AMAUC, têm como público alvo (demanda) a população trabalhadora residente nas cidades consorciadas.

As ações desenvolvidas devem ter as seguintes finalidades: promoção da saúde de um modo geral, e com ênfase especial para a saúde ambiental e a saúde do trabalhador; prevenção de doenças de um modo geral; prevenção de acidentes de trabalho e de moléstias ocupacionais; tratamento; e reabilitação dos enfermos, visando à sua reinserção social.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa é derivada do projeto intitulado “Análise da articulação entre os NASFs e a ESF na 6ª SDR do estado de Santa Catarina – dos desafios às potencialidades para efetivação do SUS”, de autoria do Professor Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires. O projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 13 de dezembro de 2010, sob o protocolo nº 1.043/2010.

Os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e orientados, em caso de interesse em participar dos grupos focais e das entrevistas, a assinarem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi expedido em duas vias de igual teor, sendo a primeira via cedida ao participante e a segunda via arquivada pelo pesquisador (Anexo A).

Foram garantidas a preservação do sigilo e a confidencialidade das informações, bem como a voluntariedade das participações e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Ademais, foi assegurado aos participantes do estudo que os mesmos seriam informados e teriam acesso a todas as produções científicas e publicações que venham a surgir como decorrentes dessa pesquisa.

Percebe-se, portanto, que este projeto atende aos aspectos contidos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996b), que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como suas complementares.

5.7 FINANCIAMENTO

O projeto original que deu origem a este estudo, intitulado “Análise da articulação entre os NASFs e a ESF na 6ª SDR do estado de Santa Catarina – dos desafios às potencialidades para efetivação do SUS”, coordenado pelo Professor Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, obteve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO INVESTIGADO

A Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC) foi fundada em 07 de maio de 1976, sendo composta inicialmente pelos municípios de Concórdia, Ipumirim, Seara, Xavantina e Itá, objetivando promover a integração administrativa, econômica e social, bem como o desenvolvimento político-administrativo de seus integrantes, através do planejamento microrregional e da prestação de assistência técnica e serviços nas diversas áreas de ação das administrações municipais (AMAUC, 2011).

No ano de 1977 passam a integrar esta Associação os municípios de Presidente Castello Branco, Ipira, Piratuba e Peritiba, sendo seguidos por Irani e Jaborá no ano seguinte. Em 1989 emancipou-se de Concórdia o município de Lindóia do Sul. Em 1991 o município de Arabutã, e em 1992 o município de Arvoredo se emancipam de Seara e, mais recentemente, os municípios de Paial e Alto Bela Vista emancipam-se, respectivamente, de Itá e de Concórdia. Conforme se oficializavam as emancipações, imediatamente os municípios se associavam à AMAUC (AMAUC, 2011).

Conforme se observa nas figuras 4 e 5, a seguir, atualmente são 16 municípios associados: Alto Bela Vista, Arabutã, Arvoredo, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Ita, Jaborá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara e Xavantina. Sua sede localiza-se no Município de Concórdia (AMAUC, 2011).

Nesse sentido, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC) foi constituído sob a forma de associação pública com personalidade jurídica de direito público e integra a administração indireta de todos os Entes da federação consorciados (nova redação pela primeira alteração estatutária aprovada em 26/06/2007). É regido pelas normas da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), pelas Leis Federais nº 8.080/90, nº 8.142/90 (BRASIL, 1990) e nº 11.107/05 – que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos (BRASIL, 2005a) – e demais legislações pertinentes, bem como pelo Estatuto da associação, subordinando-se ao regime publicista e às normas e princípios de direito público.

O CIS-AMAUC tem como finalidades, salvo outras que não cabem ao nosso tema, assegurar a prestação de serviços de saúde especializados, de referência e de maior complexidade em nível ambulatorial para a população dos municípios consorciados, em conformidade com as diretrizes do SUS, assegurando o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência eficiente e eficaz; criar instrumentos de controle, avaliação e acompanhamento dos serviços prestados à população regional; viabilizar ações conjuntas na área da compra e ou produção de materiais, medicamentos e outros insumos; fomentar o fortalecimento das especialidades de saúde existentes nos municípios consorciados ou que neles vierem a se estabelecer; estabelecer relações cooperativas com outros consórcios regionais que por sua localização, no âmbito macrorregional, possibilite o desenvolvimento de ações conjuntas (CIS-AMAUC, 2007).

A tabela 2, apresentada a seguir, mostra a distribuição de equipes das ESF e dos NASF nos municípios que fizeram parte deste estudo, bem como a população residente em cada um desses municípios no mês de setembro de 2011.

Tabela 2 – Distribuição dos municípios investigados, segundo população residente e número de equipes de ESF e de NASF, setembro de 2011.

Município	População	Equipes de ESF	Equipes de NASF
Alto Bela Vista	2.005	01	01
Arabutã	4.193	01	-
Arvoredo	2.260	01	-
Concórdia	68.621	11	-
Ipira	4.752	02	01
Ipumirim	7.220	03	01
Irani	9.531	04	01
Itá	6.426	03	01
Lindóia do Sul	4.642	01	-
Paial	1.763	01	01
Peritiba	2.988	01	01
Piratuba	4.786	02	01
Presidente Castelo Branco	1.725	01	-
Seara	16.936	05	-
Xavantina	4.142	02	01
Total	141.990	39	09

Fonte: DAB/MS, 2011.

Em relação às categorias profissionais que atuam nas equipes de NASF destes municípios, são 72 profissionais distribuídos entre psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, ginecologistas, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Além dos serviços de saúde descritos acima, a região da AMAUC dispõe ainda, na área de Saúde do Trabalhador, de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Embora esta unidade faça parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Concórdia, este órgão presta atendimento aos trabalhadores de outros municípios da região. Aliás, não há em toda a região da AMAUC outras unidades de CEREST, seja da esfera municipal ou mesmo da esfera estadual. Ou seja, inexistem CEREST regional para atendimento integrado de todos os municípios, de modo que estes atendimentos são prestados, dentro do possível, pelo CEREST municipal de Concórdia. Chama-se a atenção para o fato de que esse órgão dispõe de uma equipe de trabalho bastante reduzida, contando tão somente com a presença de um sociólogo e duas técnicas em enfermagem. Portanto, não se pode aqui falar de equipe multidisciplinar ou multiprofissional.

Também em Concórdia, os gestores municipais da pasta da saúde relatam a existência de um serviço especializado de Saúde Ocupacional destinado exclusivamente ao atendimento dos servidores do município. Todavia, para este estudo não se teve acesso para coleta de dados junto a este órgão.

Destaca-se ainda a existência de um importante sindicato na região, o SINTRIAL, que representa os trabalhadores nas indústrias de alimentação, com destaque para os grandes frigoríficos, que são os maiores empregadores da região. Este órgão trabalha em parceria com o CEREST municipal de Concórdia, e também presta atendimento direto aos trabalhadores sindicalizados.

6.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Nessa etapa do trabalho, são apresentados e discutidos os dados quantitativos investigados, que permitem estabelecer um perfil dos atendimentos de Saúde do Trabalhador prestados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Concórdia, bem como pelo Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Concórdia e região (SINTRIAL).

De acordo com os dados fornecidos pelo CEREST, no período de 04 a 07 de Novembro de 2011 foram analisados 114 prontuários dos usuários do SINTRIAL, objetivando a coleta de dados como: sexo, estado civil, faixa etária, local de moradia, remuneração, escolaridade, ocupação, e motivo (patologia e/ou sinistro) gerador do afastamento do serviço, a fim de se traçar o perfil dos mesmos. As tabelas 3, 4 e 5,

apresentadas nas páginas seguintes, apresentam a distribuição desses usuários segundo algumas dessas características.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo o sexo, 2011.

Sexo	Frequência	Percentual
Masculino	26	22,80
Feminino	88	77,20
Total	114	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo o estado civil, 2011.

Estado Civil	Frequência	Percentual
Solteiro	20	17,54
Casado	33	28,94
Viúvo	01	0,88
Outros	01	0,88
Não Consta	59	51,76
Total	114	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Como se percebe da análise da tabela 3, entre os trabalhadores atendidos pelo SINTRIAL houve um predomínio por indivíduos do sexo feminino, em uma proporção pouco superior a 03 mulheres para cada homem. Comparando os dados encontrados com aqueles disponíveis na literatura, verifica-se que uma proporção semelhante foi evidenciada por Walsh et al (2004), quando encontraram 75,59% de mulheres em um estudo com trabalhadores da linha de produção de uma empresa multinacional localizada no interior de São Paulo. Do mesmo modo, Lima et al (2005), em estudo com trabalhadores de atividades

ocupacionais distintas, encontraram um percentual de 76,92% de mulheres.

Neste ponto, é pertinente esclarecer que os dados a que se teve acesso já se encontravam consolidados (dados secundários provenientes do CEREST), de modo que algumas limitações não puderam ser superadas. Considera-se que seria importante, por exemplo, dispor de dados sobre os percentuais de trabalhadores de ambos os sexos em cada categoria profissional.

Quanto à análise da tabela 4, chama a atenção o fato de que mais de 50% dos prontuários não continham dados sobre o estado civil dos usuários. Todavia, entre aqueles prontuários com dados completos, pode-se perceber que existe um predomínio de indivíduos casados, seguidos pelos solteiros, dados esses compatíveis com o encontrado por Oliveiros et al (2011). De todo modo, deve-se ressaltar que a incompletude dos dados sobre o estado civil dos usuários do SINTRIAL fragiliza qualquer tipo de comparação com outros estudos.

No que diz respeito à idade dos usuários dos SINTRIAL, a tabela 5, apresentada logo a seguir, permite verificar que a maior parte da amostra se concentra nas faixas etárias iniciais, com indivíduos entre 16 e 45 anos representando 73,68% da população total. Esse mesmo perfil, com predomínio de indivíduos jovens, também foi encontrado no estudo conduzido por Walsh et al (2004), com idade média de 30,1 anos, e na pesquisa de Lima et al (2005), cuja média de idade foi de 39 anos.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo a faixa etária, 2011.

Faixa Etária	Frequência	Percentual
16-25	20	17,54
26-35	33	28,95
36-45	31	27,19
46-55	04	3,51
56 e +	01	0,88
Não Consta	25	21,92
Total	114	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Infelizmente, os dados referentes à faixa salarial de remuneração, ao local de moradia do trabalhador (urbano ou rural), e ao grau de escolaridade dos usuários dos SINTRIAL apresentaram muitas incompletudes, e por esse motivo não serão aqui apresentados.

Já quanto à ocupação dos trabalhadores atendidos naquele órgão, cabe destacar que em 45,62% dos prontuários não houve tal registro, prejudicando a análise dos dados. De todo modo, é importante notar que para aqueles trabalhadores em que houve o registro da ocupação, a grande maioria está diretamente relacionada às funções da linha de produção, como evidencia a tabela 6, a seguir. De todo modo, novamente aqui se faz pertinente reiterar a importância de se coletar informações completas, permitindo que estudos futuros analisem os dados estatísticos e estabeleçam perfis e tendências mais fidedignos.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRIAL, segundo a ocupação, 2011.

Ocupação	Frequência	Percentual
Ajudante de Produção	22	19,29
Operador de Produção	34	29,82
Operador de Máquina	01	0,88
Serviços Gerais	01	0,88
Trabalhador Rural	01	0,88
Serviços Administrativos	03	2,63
Não Consta	52	45,62
Total	114	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Quanto aos dados obtidos de acordo com o motivo (patologia e/ou sinistro) gerador do afastamento do trabalho, o CEREST municipal de Concórdia (órgão que nos forneceu os dados relativos ao SINTRIAL) os dividiu em grupos, conforme a descrição que se segue, e a distribuição de frequências apresentada na tabela 7. Aqui cabe uma crítica, pois não nos foram apresentados os critérios utilizados para tal agrupamento, e uma análise mais aprofundada permite constatar que existem patologias que poderiam ser enquadradas em diferentes grupos.

- ✓ **Grupo 1:** Síndrome do Desfiladeiro Torácico (02), Tendinose do Supra-espinhoso (19), Transtornos do Plexo Braquial (05), Cervicobraquialgia (14), totalizando 40 usuários.

- ✓ **Grupo 2:** Bursite de Ombro (02), Tendinite de ombro (04), Epicondilite (06), Síndrome do Manguito Rotador (03), totalizando 15 usuários.
- ✓ **Grupo 3:** Síndrome do Túnel do Carpo (18), Tendinite de Membros Superiores (antebraço e punho) (12), Fratura de Membros Superiores (02), totalizando 32 usuários.
- ✓ **Grupo 4:** Fibromialgia (04), Síndrome Miofascial (05), Polineuropatia periférica (03) totalizando 12 usuários.
- ✓ **Grupo 5:** Lombalgia (03), Processo degenerativo interdiscal (coluna) (02), Hérnia discal lombar (02) totalizando 07 usuários.
- ✓ **Grupo 6:** Trauma de crânio (01), Esclerose múltipla (01), Úlcera gástrica (01), Dermatite espongíotica (01), Psoríase (01), Perda auditiva (01), Queimadura química em olho (01), Intoxicação por produto químico (01) totalizando 08 usuários.

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no SINTRAL, segundo o grupo de patologia, 2011.

Grupo de Patologias	Frequência	Percentual
Grupo 1	40	35,09
Grupo 2	15	13,16
Grupo 3	32	28,08
Grupo 4	12	10,52
Grupo 5	07	6,14
Grupo 6	08	7,01
Total	114	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Como se percebe da análise da tabela 7, a maior parte dos usuários do SINTRIAL tem suas queixas concentradas entre as patologias dos grupos 1, 3 e 2, que somadas representam 76,33% do total. Ou seja, a grande maioria dos afastamentos do trabalho foi motivada por patologias ortopédicas de membros superiores

relacionadas aos esforços repetitivos realizados nas linhas de produção, com destaque para as tendinopatias de ombros e para a Síndrome do Túnel do Carpo, em punhos.

Já quanto aos trabalhadores usuários do CEREST municipal de Concórdia, foram analisados 778 prontuários no período entre 07 e 21 de outubro de 2011, com a coleta das mesmas informações descritas acima para o SINTRIAL, a fim de se estabelecer um perfil desses usuários.

Interessante destacar que os dados do CEREST se mostraram mais fidedignos, com menor percentual de registros incompletos, como demonstram as tabelas a seguir. Todavia, também no CEREST os dados sobre escolaridade e salário dos trabalhadores atendidos apresentaram muitas incompletudes, motivo pelo qual não são apresentados neste trabalho.

Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o sexo, 2011.

Sexo	Frequência	Percentual
Masculino	209	26,86
Feminino	569	73,14
Total	778	100%

Fonte: CEREST, 2011.

A tabela 8 demonstra que, em relação ao sexo, a população dos usuários do CEREST é muito similar àquela de usuários do SINTRIAL, com amplo predomínio de mulheres, e em consonância com o encontrado por Walsh et al (2004) e Lima et al (2005).

Nesse sentido, é importante destacarmos a reflexão levantada por Brito (1997), que defende que, nas indústrias, as mulheres costumam ocupar os postos de trabalho menos qualificados, estando submetidas a jornadas e ritmos de trabalho extenuantes, com a realização de múltiplas atividades repetitivas e de pouco significado como as auxiliares de produção.

Forjam-se, desse modo, a necessidade e a relevância da realização de estudos sobre a temática da saúde do trabalhador com enfoque de gênero, uma vez, segundo Brito (1997), existe uma clara assimetria das experiências masculina e feminina nos ambientes de trabalho, de modo que a valoração do trabalho baseada nas relações de

gênero implica o pagamento de salários inferiores às mulheres, ao mesmo tempo em que as estruturas organizacionais legitimam a manutenção de hierarquias de gênero.

Para a autora, as investigações nesse campo devem se dedicar a compreender de que modo as condições de trabalho e as relações de gênero interferem nos processos de adoecimento, e para tanto é preciso considerar que essas relações se modificam historicamente e que têm expressões distintas nos diversos grupos humanos (BRITO, 1997).

Nesse sentido, acredita-se que seria importante o desenvolvimento de pesquisas que se dedicassem a estudar a temática da saúde do trabalhador sob a perspectiva dos homens e mulheres empregados da indústria frigorífica. Na mesma linha de raciocínio, considera-se que uma das limitações desse estudo em particular, foi o fato de não se ter tido acesso a dados completos sobre o perfil da população trabalhadora do agronegócio na região da AMAUC, o que inviabiliza a formulação de algumas análises e comparações, como, por exemplo, entre o número de mulheres atendidas pelo CEREST e pelo SINTRIAL, e o número de mulheres que exercem seus ofícios em cada uma das ocupações dessa complexa cadeia econômica.

Ademais, seria de extrema relevância investigar os índices de afastamento do trabalho em diferentes anos, permitindo a construção de uma série histórica e a análise das tendências, mas, novamente, estes dados não estavam disponíveis.

Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o estado civil, 2011.

Estado Civil	Frequência	Percentual
Solteiro	126	16,20
Casado	479	61,57
Viúvo	18	2,31
Outros	117	15,04
Não Consta	38	4,88
Total	778	100%

Fonte: CEREST, 2011.

No que diz respeito ao estado civil dos usuários do CEREST, a tabela 9, acima, deixa claro que os dados daquele órgão são mais fidedignos do que os registrados pelo SINTRIAL, pois foram encontrados apenas 4,88% de registros incompletos. A análise dos dados permite verificar que existe um predomínio de indivíduos casados, seguidos pelos solteiros, indicando que a maior parte dos trabalhadores adoentados são provedores familiares, assim como no estudo conduzido por Oliveiros et al (2011).

Por sua vez, a tabela 10, apresenta a distribuição dos usuários dos CEREST municipal de Concórdia, e permite verificar que a maior parte dos trabalhadores se concentra nas faixas etárias mais jovens, com indivíduos entre 16 e 35 anos, que somadas representam 43,45% da população total. Do mesmo modo, Vasconcellos, Pignatti e Pignati (2009), ao analisarem os acidentes de trabalho da indústria frigorífica do estado de Mato Grosso, relatam que a maior parte dos acidentados é constituída por indivíduos jovens, com 32,9% sendo enquadrados na faixa etária entre 18 e 24 anos.

Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo a faixa etária, 2011.

Faixa Etária	Frequência	Percentual
16-25	92	11,83
26-35	246	31,62
36-45	285	36,63
46-55	139	17,87
56 e +	16	2,06
Total	778	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Outro aspecto importante sobre os usuários do CEREST, e apresentado na tabela 11, logo a seguir, é que a maior parte deles (87,28%) reside em área urbana. Embora não se tenha encontrado dados comparativos na literatura, considera-se ser relevante apresentar esse perfil de moradia para que fique claro que a população atendida pelo CEREST municipal de Concórdia é predominantemente uma população urbana, e não agrícola, e que, portanto, exercem seus trabalhos predominantemente nas indústrias frigoríficas, o mais expressivo ramo empresarial (e empregador majoritário) da região.

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o local de moradia, 2011.

Local de Moradia	Frequência	Percentual
Urbano	679	87,28
Rural	90	11,51
Não Consta	09	1,15
Total	778	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Já quanto à ocupação dos trabalhadores usuários do CEREST municipal de Concórdia, os dados foram aglutinados em 07 (sete) diferentes grupos de profissões, conforme a descrição abaixo, e com dados apresentados na tabela 12, logo a seguir. Aqui é importante deixar claro que os dados foram fornecidos e agrupados pelo próprio CEREST, de modo que desconhecemos o critério adotado. Ainda que os grupos pareçam ser até certo ponto homogêneos, uma análise mais detalhada permite verificar que há grupos cujos componentes apresentam realidades de trabalho bastante distintas.

Grupo 1: Serviços gerais (71), Gari (3), Faxineiro (22), Zelador (6), Servente (11), Doméstica (32), Camareira (6), Merendeira (2), Cozinheira e Auxiliar de Cozinha (23), Costureira (17), totalizando 195 usuários.

Grupo 2: Ajudante de Produção (253), Operador de Produção (93), Operador de Máquina (13), Auxiliar de Carga/Descarga (13), totalizando 372 usuários.

Grupo 3: Eletricista (1), Soldador (3), Mecânico (8), Marceneiro (3), Pedreiro (8), Pintor (2), Carteiro (4), Frentista (3), Borracheiro (1), Motorista (6), totalizando 39 usuários.

Grupo 4: Dentista (1), Instrumentador cirúrgico (2), Auxiliar de Laboratório (4), Auxiliar de Enfermagem (2), totalizando 09 usuários.

Grupo 5: Trabalhador Rural: 42 usuários.

Grupo 6: Balconista (4), Vendedor (6), Operador de Caixa (12), Cabeleireiro (2), Manicure (1), totalizando 25 usuários.

Grupo 7: Bancário (2), Auxiliar de Contabilidade (3), Auxiliar de Escritório (16), Secretária (4), Digitador (6), Escrevente Policial (3), Administrador (3), Gerente (2), Professor (5), Jornalista (1), totalizando 45 usuários.

Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o grupo de ocupação, 2011.

Grupo de Ocupação	Frequência	Percentual
Grupo 1	195	25,07
Grupo 2	372	47,81
Grupo 3	39	5,01
Grupo 4	09	1,10
Grupo 5	42	5,40
Grupo 6	25	3,21
Grupo 7	45	5,79
Não Consta	51	6,55
Total	778	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Ao analisarmos os dados apresentados na tabela 12, observa-se que há um amplo predomínio de atendimentos decorrentes de patologias nas ocupações classificadas nos grupos 2 e 1, que, somados, representam 72,88% dos trabalhadores doentes. Portanto, assim como nos dados referentes ao SINTRIAL, a maior parte dos atendimentos foi direcionada aos trabalhadores das linhas de produção.

De modo similar, Vasconcellos, Pignatti e Pignati (2009), ao analisarem os acidentes de trabalho da indústria frigorífica do estado de Mato Grosso, relatam que 72,1% dos atendimentos estavam relacionados às funções de magarefe, desossador, retalhador de carne, abatedor, técnico de alimentos e alimentador de linha de produção. O mesmo perfil é descrito por Heck (2012), em estudo que investigou a degradação das condições de trabalho e os impactos na saúde dos trabalhadores de uma unidade da Sadia® no interior do Paraná.

No que diz respeito às causas de afastamento do trabalho com necessidade de atendimento pelo CEREST municipal de Concórdia, devido ao grande número de patologias diferentes, as mesmas foram agrupadas em 05 (cinco) diferentes grupos, de acordo com a descrição abaixo, e com a apresentação de frequências e percentuais na tabela 13, logo a seguir. Contudo, novamente aqui a crítica é pertinente: não se teve acesso aos critérios utilizados para tal agrupamento.

Grupo 1: Síndrome do Desfiladeiro Torácico (176), Tendinose do Supra-espinhoso (74), Síndrome do Manguito Rotador (24), Epicondilite (39), Lesões de Ombro (50), Transtornos do Plexo Braquial (14), tendinite de Membros Superiores (97), Síndrome do Túnel do Carpo (41), Neuropatia Periférica (5), totalizando 520 usuários.

Grupo 2: Hérnia Discal Lombar (34), Processos degenerativos de coluna (cervical, torácica e lombar) (40), Lombalgia crônica (37), totalizando 111 usuários.

Grupo 3: Síndrome Miofascial (28), Fibromialgia (6), Dorsalgia (13), Cervicobraquialgia (50), Artralgia (9), totalizando 106 usuários.

Grupo 4: Fratura de Membros Superiores (7), Fratura de Membros Inferiores (9), Traumatismo de crânio (2), Politraumatismos e Escoriações (7), Queimaduras de 3º grau (2), totalizando 27 usuários.

Grupo 5: Asma Brônquica (3), Câncer (2), Epilepsia (1), Depressão Moderada (2), Cardiopatia (2), Psoríase (1), Perda auditiva (2), intoxicação por solvente (1), totalizando 14 usuários.

Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores atendidos no CEREST municipal de Concórdia, segundo o grupo de patologia, 2011.

Grupo de Patologias	Frequência	Percentual
Grupo 1	520	66,83
Grupo 2	111	14,27
Grupo 3	106	13,62
Grupo 4	27	3,48
Grupo 5	14	1,80
Total	778	100%

Fonte: CEREST, 2011.

Novamente aqui se percebe que a imensa maioria dos atendimentos aos usuários de CEREST se deveu à patologias ortopédicas, sobretudo de membros superiores e de coluna, moléstias diretamente relacionadas às condições inadequadas de trabalho, com cargas de trabalho patologizantes, devido ao excesso de movimentos repetitivos executados em ambientes gelados e com posturas extremas.

Nessa mesma linha, Delwing (2007) defende que a incidência de doenças ocupacionais e lesões em trabalhadores das indústrias frigoríficas é cerca de 400% superior na comparação com funcionários que exercem trabalhos manuais nas demais empresas manufatureiras.

Para finalizar a análise dos dados quantitativos, considera-se ser importante destacar que, embora a maior parte dos trabalhadores adoecidos pelos processos de trabalho se encontre vinculado às linhas de produção, todas as demais etapas da cadeia produtiva dos frigoríficos apresentam riscos consideráveis à saúde dos trabalhadores, conforme denunciam Cêa e Murofuse (2010), ao afirmarem que...

“Pelos características intrínsecas ao setor frigorífico, considerando-se especialmente as empresas localizadas na região geográfica analisada, essa modernização combina um acentuado desenvolvimento tecnológico e organizacional com a permanência de procedimentos e técnicas de marca

taylorista-fordista, de forma que a presença do trabalho simples (de pouco ou nenhum conteúdo científico), fragmentado e repetitivo ainda é uma constante. Este tipo de trabalho – combinado com as diferentes estratégias de aceleração da produção e aumento da produtividade – contribui decisivamente para a ocorrência de incontáveis casos de acidentes e adoecimento nos espaços laborais, de forma que qualquer trabalhador, independentemente do setor de atuação (das granjas às linhas de produção), têm sua condição de saúde ameaçada” (CÊA e MUROFUSE, 2010, p.6).

6.3 RESULTADOS QUALITATIVOS

Após analisar detalhadamente os dados qualitativos obtidos (diário de campo, transcrições e fontes documentais) e observar a reincidência dos discursos postos em discussão (conforme a metodologia descrita para o CHD), e devido à vastidão do conteúdo empírico apreendido através das entrevistas individuais e dos grupos focais realizados com os gestores e com os profissionais que atuam nas equipes de ESF e de NASF objeto dessa pesquisa, optou-se por apresentar o conteúdo interpretativo do material obtido por meio das categorias elencadas no quadro a seguir.

Quadro 5 – Meta-categorias e Parâmetros de avaliação da VISAT na região da AMAUC, segundo os stakeholders, 2012.

Meta-Categorias Avaliativas	Parâmetros
O trabalho e o usuário do SUS na região da AMAUC	<ul style="list-style-type: none"> - A importância do trabalho para a região; - A centralidade do agronegócio para a economia da região; - O frigorífico como principal empregador; - O trabalho como causador de mutilações e incapacidades permanentes.
Trabalho e adoecimento: principais demandas em Saúde do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> - Principais demandas: acidentes de trabalho, lombalgias, ombralgias; - Depressão e sofrimento mental no trabalho; - A cronicidade das patologias; - Problemas de saúde dos trabalhadores da ESF.
Potencialidades e fragilidades da Saúde do Trabalhador na região da AMAUC	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de capacitação em saúde do trabalhador; - Potencialidades da ESF no relacionamento com a gestão; - Fragilidades da ESF no relacionamento com a gestão; - Foco nos aspectos curativos; - O isolamento das equipes de ESF; - Fragilidades no relacionamento com os demais serviços de saúde; - A dificuldade no relacionamento com a previdência social; - Falta de estrutura (física e recursos humanos).
A equipe da APS <i>versus</i> o mundo do trabalho na região da AMAUC	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades no relacionamento com o setor de saúde das empresas; - Vigilância, interferência e exploração da vida social pelo agronegócio; - Impotência e frustração frente ao grande capital.

6.3.1 O TRABALHO E O USUÁRIO DO SUS NA REGIÃO DA AMAUC

Assim como já se havia percebido no diário de campo, também nas EI e GF realizados com os diferentes gestores e trabalhadores da APS ficou nítida a percepção de que o trabalho no agronegócio ocupa um lugar de destaque na economia e na vida social da região, constituindo-se na espinha dorsal da economia e da arrecadação municipal da maior parte daquelas cidades, de tal modo que o poder público se torna dependente de seus tributos ao ponto de pouco exercer seu papel de regulador, como se percebe nos seguintes recortes de falas:

“A minha experiência é assim: tem um fulano que tem uma empresa, e ele é quem manda E daí o prefeito faz o que ele quer, junto com ele, porque senão não tem mais recurso pra Prefeitura, e daí é pior ainda.” (Sujeito 13)

“Então, é bastante interessante pro próprio município também, no sentido de ter a indústria. Eu sempre penso né, se acabar a indústria, a Seara, tem isso também: acaba a cidade, de certa forma. Porque de 10 pessoas que tu atende, 8 trabalham lá. Então é complicado também. É o que sustenta, em grande parte, a economia da cidade.” (Sujeito 16)

Conforme se depreende das falas exemplificadas abaixo, essa é uma característica comum aos municípios investigados e, segundo os entrevistados, parece estar diretamente relacionada à cultura dos imigrantes de origem germânica e italiana que ali se instalaram nos séculos anteriores:

“Então, eu vejo o povo aqui é muito gringo, alemão, italiano... O povo é capitalista, tá na veia. É difícil tu quebrar isso assim né, e de certa forma eles prezam pelo que eles conquistaram, pela casa, carro,

terras... Então é difícil mudar essa mentalidade que o trabalho é o mais importante de tudo na vida deles, tanto que a grande maioria fica velho e arreventado de tanto que trabalhou e nunca aproveitou nada na vida.” (Sujeito 17)

“Mas aqui é uma potência, é a Cidade do trabalho, com o povo muito trabalhador. Então ele pega a medicação, toma, acha que tá bem, e volta à atividade.” (Sujeito 9)

Em comparação com o que foi encontrado na literatura, pode-se constatar que essa percepção, de que o trabalho ocupa um lugar central na vida das famílias de origem germânica e italiana, também é compartilhada por Campos (2007), ao analisar o processo de industrialização da cidade de Toledo, no Oeste do Paraná, onde proliferam os frigoríficos de frango e suínos.

Avançando um pouco mais, o material coletado deixa transparecer que uma das principais características das colonizações alemã e italiana em Santa Catarina, as propriedades rurais unifamiliares com economia de subsistência, também tendem a desaparecer frente ao cenário econômico atual da região, que privilegia o grande produtor, em consonância com o descrito por Campos (2007) e por Espíndola (2002), e como fica explícito na próxima fala:

“E esses trabalhadores da agricultura, são indiretamente ligados aos frigoríficos. São os verdadeiros produtores. São os que têm vínculo com a Sadia, com a Perdigão... Vendem sua produção com exclusividade, mas sem as garantias da legislação trabalhista.” (Sujeito 15)

Ademais, para além da percepção dos entrevistados de que a população da região se dedica de modo excessivo às atividades de trabalho por razões étnicas e culturais, o material coletado nos permitiu perceber que essa cultura de “culto ao trabalho” que predomina na região também se deve, em muito às propagandas nesse sentido promovidas pelo poder público e pelas empresas mais influentes:

“Infelizmente é algo que está muito em alta na região de Concórdia. Como é a capital do trabalho, né? Temos de trabalhar, isso faz bem para a gente. Esse é o lema da cidade, assim... é o lema da cidade, e a Sadia foi uma das que iniciou isso aí...” (Sujeito 11)

Contraditoriamente, as entrevistas nos revelam que existe uma histórica escassez de oferta, por parte do poder público, de atividades sociais alternativas que pudessem ser desfrutadas pelos cidadãos locais, como se percebe a seguir:

“Minha ideia, conversando com as meninas... é que tão fazendo um centro de eventos lindo... a universidade é perto... A prefeitura não gastaria com nada... Eu montaria uma piscina térmica lá, montaria uma academia do lado. Hoje os médicos falam sobre pilates que nada mais é do que alongamento... Então monta ali um lugar que faça pilates que é alongamento e postura. Os profissionais, eu usaria os estagiários da universidade... Fisioterapeuta, Educação física... Todos atuando juntos, sem gastos... O ponto de ônibus seria na frente... Então gente, isso é promoção de saúde...” (Sujeito 8)

“Uma das coisas boas que vejo é o orçamento participativo. Mas a população de Concórdia tá na mania de querer asfalto. Eu quero Asfalto! Eles não pensam muito na saúde... eles podiam aproveitar essa oportunidade. Se eu não me engano, são três itens que eles podem colocar como prioridades... eles poderiam aproveitar a oportunidade e fazer a escolha.” (Sujeito 12)

“Tentamos trabalhar alguma coisa com relação a atividade física e alongamento.

Tentamos mudar um pouco. Mas a demanda continua muito grande, né?” (Sujeito 13)

“A opção de lazer que a gente oferece no município é outro problema sério. A gente não tem opção para fazer, de sair. É aquele ambiente fechado, cercado por uma geografia, que acaba facilitando aquele cerco e o convívio direto com o trabalho, sem ter distração. Eu acho que a saúde mental dessas pessoas é bem complicada, por esses fatores também. A vida se resume a trabalho e sem uma perspectiva. O que essas pessoas esperam da vida entre 20 e 30 anos, no dia que se aposentarem?” (Sujeito 19)

Por outro lado, em muitos casos o próprio trabalho, devido às peculiaridades com que é exercido, passa a ser um limitador adicional ao exercício da cidadania e à busca por qualidade de vida, envolvendo a população trabalhadora e suas famílias em uma espécie de círculo vicioso, como se vê abaixo, e em franco desacordo com as propostas de promoção da saúde do trabalhador de Alves (2003) e Andrade et al (2008).

“Eu vejo que assim, é problemático principalmente em relação ao horário, em função de ser trabalho de madrugada... então eu atendo crianças, e eu vejo que vai muito além do trabalhador em si, que afeta a família inteira. Porque, por exemplo, eu tenho vários pacientes, crianças pequenas, que não veem os pais. Normalmente convivem só com os avós. E isso aí traz mil consequências.” (Sujeito 16)

“Eu tinha um paciente que ele entrou em depressão porque ele era do interior, e aí ele veio pra cidade, e foi trabalhar na Seara alimentos, e daí ele disse: Eu não vejo mais o sol agora. Porque lá dentro é tudo fechado,

então eles não sabem, e geralmente é frio, né, é um local frio. Então eles não sabem se tá quente lá fora, se tem sol, se tá chovendo, então também tem isso.” (Sujeito 18)

Importante destacar também, que além de serem os responsáveis por empregar diretamente a maior parte da população economicamente ativa da região da AMAUC, as grandes indústrias frigoríficas, indiretamente, sustentam toda uma cadeia de outras empresas de menor porte, dos mais variados ramos de atividade de suporte (insumos, logística, armazenamento, transporte, manutenção, etc.).

“Tem muitas firmas. Transportadoras... Mecânicas... agroindústria... unidades de mudas florestais... então a maioria que tá aqui são os serviços bem pesados, de suporte ao frigorífico”. (Sujeito 10)

Os resultados descritos anteriormente, que tratam da centralidade do agronegócio para a economia de toda a região investigada, são condizentes com o apontado por Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009), em estudo sobre a tutela jurídica da saúde dos trabalhadores de frigoríficos na região oeste de Santa Catarina. Ademais, de acordo com os relatos de Heck (2012), Campos (2007) e Gemelli (2011), a mesma dependência dos frigoríficos de aves e suínos ocorre no vizinho estado do Paraná, assim como no Estado de Mato Grosso ocorre dependência dos frigoríficos de bovinos, segundo o relato de Vansconcellos, Pignatti e Pignatti (2009).

Por outro lado, Silva (2010), ao analisar a dinâmica espacial do trabalho fabril e a relação com a pobreza em cidades do oeste paranaense, deixa claro que o trabalho em indústrias do ramo frigorífico, apesar de gerar empregos formalizados, “não representa garantia efetiva de uma renda que faça esta família ultrapassar os limites da pobreza” (SILVA, 2012, p.177).

Portanto, uma vez que a cadeia produtiva de aves e suínos é a principal empregadora da população residente na região da AMAUC, esta também é a principal fonte de demandas por serviços de saúde para as equipes de ESF e de NASF, uma vez que...

“A maioria é auxiliar de produção, que vem da Sadia, porque a Sadia é o grande empregador.” (Sujeito 14)

“Tem bastante demanda. Bastante! Como tem a empresa aqui, que agora é a Marfrig, que é a maior empresa do município, a gente tem bastante demanda vindo da empresa.” (Sujeito 16)

A mesma percepção é compartilhada por gestores de diferentes municípios, ao afirmarem que...

“A gente fala a Sadia porque é uma empresa maior... A gente fala por que é uma agroindústria que tem 6.000 funcionários.” (Sujeito 2)

“Eles falam: se eu sair daqui, eu vou para onde? Porque tem essa questão, não tem muita diversidade. O forte aqui é agricultura, a região aqui toda é suinocultura e agricultura, então eles não sabem fazer outra coisa.” (Sujeito 20)

A demanda por serviços de saúde por parte da população trabalhadora do agronegócio é de tamanha magnitude, que a maior parte dos entrevistados considera que este segmento populacional preenche a maior parte de suas agendas diárias, de modo semelhante ao descrito por Santana et al (2007):

“Eles tão pedindo socorro. Eles vêm aqui pedir socorro, e a gente sabe que dói... é uma dor no ombro, dor no pulso. Então digamos, assim, 80% aqui é isso.” (Sujeito 3)

“Saúde do trabalhador é uma demanda corriqueira. Aqui tem bastante acidente de trabalho e bastantes doenças relacionadas ao trabalho. Que aqui o trabalho às vezes é...

acho que insalubre, né? O pessoal trabalha assim, sem muito cuidado , sem muita orientação... é comum assim, vem toda semana..." (Sujeito 7)

Para introduzir as principais demandas de serviços relacionados à saúde do trabalhador na região da AMAUC, que serão abordadas de modo mais detalhado na próxima seção, destaca-se que a gravidade da situação é tão extrema, que muitos entrevistados consideram que o trabalho nos frigoríficos é causador de mutilações e incapacidades permanentes, como se observa a seguir:

“Então assim, infelizmente a nossa região aqui, não pelas unidades nem pela parte administrativa, mas pelas empresas principalmente... eu não tenho nada contra a Sadia. Vou deixar bem claro aqui né, mas ali é como eu falo... “É Máquina de aleijados”. (Sujeito 4)

“Na verdade é o que mais tem né? Porque tem a empresa Seara, que é uma fábrica de lesão, uma fabrica de traumas” (Sujeito 17)

“Como o município é pequeno, estou aqui há 3 anos e tem paciente que já passou por mim umas 6 vezes, acabam voltando sempre as mesmas pessoas. A Seara é campeã.” (Sujeito 16)

De acordo com a pesquisa conduzida por Heck (2012), que analisa a degradação dos ambientes de trabalho e os respectivos impactos à saúde dos trabalhadores da unidade da Sadia® em Toledo/PR a partir de entrevistas com os trabalhadores e de dados fornecidos pelo Ministério Público do Trabalho, o trabalho nesse ramo industrial não dignifica, adocece, causa mutilações e incapacidades permanentes, e pode até mesmo ceifar a vida dos trabalhadores submetidos a tais processos

produtivos. Essa constatação é consoante com as publicações de Walsh et al (2004), Benavides et al (2010) e Maeno, Takahashi e Lima (2009).

6.3.2 TRABALHO E ADOECIMENTO: PRINCIPAIS DEMANDAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A respeito das principais demandas e queixas dos trabalhadores para os serviços de APS na região da AMAUC, o diário de campo e os dados quantitativos deixavam transparecer que a maior parte dos atendimentos está centrado nas patologias osteomusculares (com destaque para lesões de coluna e de membros superiores) e nos casos de sofrimento mental pelo trabalho, além de uma grande necessidade de maiores cuidados com a saúde dos próprios trabalhadores do SUS.

Ao analisar as transcrições geradas pelas entrevistas individuais e pelos grupos focais, restou comprovado que a impressão inicial estava correta, conforme se depreende das próximas falas, que tratam das principais queixas ortopédicas:

“Basicamente assim, é coluna, dor, LER, bastante disso. O que a gente mais tem é dor e coluna.” (Sujeito 15)

“Eu acho que boa parte das consultas são relacionadas a isso aí. É bastante mesmo. É, dor nas costas crônica, lombociatalgia, tem ombralgia... aí, muita LER, DORT, tem tendinite, tem bastante coisa.” (Sujeito 7)

“Aqui o que a gente enfrenta em Concórdia, por causa das agroindústrias, é mais lesão de membro superior.” (Sujeito 12)

“Ombro e coluna é o que mais tem.” (Sujeito 17)

Assim como em nesse estudo, resultados semelhantes, que comprovam a maior prevalência de lombalgias e de lesões por esforços repetitivos em membros superiores, foram encontrados em pesquisas com população e metodologia semelhantes à que se utilizou aqui, tais

como: Heck (2012), Souza et al (2008) Boff, Leite e Azambuja (2002), e Vasconcellos, Pignatti e Pignati (2009).

Segundo Daneluz (2011), o estado de Santa Catarina tem índices de acidentes de trabalho superiores à média nacional, com a maior parte dos acidentes sendo registrados na região oeste do estado, sobretudo em indivíduos jovens que trabalham nos estabelecimentos de abate e processamento industrial de produtos derivados de carne de aves.

É interessante destacarmos, ainda, que a mesma visão dos profissionais da ESF e dos NASF da região da AMAUC, a respeito das principais demandas de trabalho, é também compartilhada pelos responsáveis pelo setor de saúde das empresas. Essa impressão, que já estava presente quando da elaboração do diário de campo, pode ser legitimada pela manifestação a seguir, emitida por um médico do trabalho, responsável por coordenar a saúde ocupacional de um grande frigorífico da região, e que adicionalmente trabalha na ESF municipal.

“Na área de frigoríficos nós temos uma demanda bem concentrada nas queixas de ombro, dor em ombro. Dor lombar tem bastante, assim como em punho, síndromes do túnel do carpo, compressão nervosa, tendinites de ombro. Pela atividade que eles fazem, uma atividade ainda, já ta bastante automatizado, em alguns processos, mas ainda tem alguns trabalhos ali que nem existe máquinas para fazer uma desossa perfeita.” (Sujeito 22)

Conforme o próprio médico do trabalho da empresa relata, e em consonância com o que é percebido pelas equipes da APS no atendimento diário aos cidadãos trabalhadores, a origem da maior parte das lesões está relacionada aos movimentos repetitivos e às posições forçadas adotadas pelos trabalhadores durante o exercício de suas funções, com tendência ao agravamento e à cronicidade das patologias, como bem exemplificam os recortes seguintes, que encontram ressonância no estudo de Daneluz (2011):

“E sempre se queixam da mesma coisa. E a única cura é largar aquilo ali e fazer outra coisa, ou então não muda nada, né?” (Sujeito 11)

“Aquela coisa que tu trata, mas tu não cura... que estão sempre vindo aqui com as mesmas queixas, porque o trabalho sempre é o mesmo.” (Sujeito 14)

“São pacientes que vem pra nós, normalmente a gente pede repouso, mas a fábrica não dá repouso, então eles fazem fisioterapia agora, quando dá seis da tarde eles vão trabalhar até no outro dia de manhã, em linha de produção. Então assim, nosso trabalho não fica 100%, pelo trabalho repetitivo que eles mantêm.” (Sujeito 17)

Ainda segundo os entrevistados, boa parte das demandas para atendimento na APS da região, mesmo quando a população atendida não mais se encontra na fase economicamente ativa de suas vidas, ainda assim está diretamente relacionada às lesões por esforços repetitivos causadoras de dores crônicas, como evidenciado abaixo:

“A agroindústria é o grande problema, porque hoje a gente tem uma grande demanda dentro da Atenção Básica, de pessoas que são já aposentados, e tal. Que estão sempre retornando e retornando e tal, com dores crônicas e problemas crônicos que decorrem de décadas atrás.” (Sujeito 15)

“Bastante e não são queixas, assim... não são recentes. Vem de tempos... Porque quando a gente é mais nova nós vamos levando, aí vai chegando até o seu limite, quando o corpo diz: não dá mais!” (Sujeito 9)

“Porque tu não ganha um resultado positivo, ele nunca vai tá bem. Ele vem aqui e fica bem, e volta lá e vai tá mal denovo. Então ele faz 20, 30, 40, sessões de fisioterapia, mas ele continua ruim. Até que

ele lesiona por completo o tendão, e daí ele vai para a cirurgia, e daí ele volta. É um eterno, ele vira um museu de fisioterapia.” (Sujeito 17)

Em comparação com os achados da literatura, os dados apresentados acima chamam bastante a atenção, pois em estudo apresentado por Cêa (2011), a autora apresenta uma série de entrevistas com os psicólogos responsáveis pelos processos seletivos de novos funcionários dos frigoríficos, e constata que estas empresas reconhecem que seus processos produtivos são causadores de lesões crônicas nos funcionários, ao mesmo tempo em que admitem que tão logo essas lesões sejam diagnosticadas, os empregados são prontamente demitidos e substituídos por uma nova legião de desesperados.

Por outro lado, ainda que predominem os atendimentos direcionados a queixas e patologias crônicas, os dados obtidos deixam claro que as lesões agudas, em sua maioria traumáticas, também são uma importante fonte de demandas por atendimentos na ESF e no NASF dos municípios investigados, como demonstram as falas a seguir, além de representarem altos custos trabalhistas e previdenciários, o que foi demonstrado também por Santana et al (2006).

“E também nós temos bastante demanda por acidentes de trabalho, né, aqui...” (13)

“Tem a agricultura. Principalmente problema relacionados a coluna, problemas articulares e tem muito acidente assim do trabalho da agricultura, o pessoal que mexe com máquina e tal, né, moto serra, amputação de falanges ... é comum assim.” (Sujeito 8)

“E das mecânicas vem muita gente com acidente, assim... com cortes... corpo estranho no olho... tem bastante... é, tipo assim, mais traumático. E do interior é a mesma coisa. Um boi que pisou em cima... sempre é assim...” (Sujeito 12)

Outro aspecto importante que precisa ser ressaltado, e que tem relação direta com o que foi descrito anteriormente, é que muitos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho procuram a ESF para a emissão de atestados médicos que justifiquem seus afastamentos do trabalho. De acordo com os entrevistados, esse é um problema diário enfrentado pela maioria das equipes de ESF, uma vez que existe na região uma cultura de que os serviços de saúde hospitalares não devem fornecer atestados médicos.

Desse modo, mesmo que o trabalhador tenha sido atendido em um pronto-socorro para alguma situação grave, como fraturas e mutilações, a unidade hospitalar fornece apenas parte do atendimento, justamente aquela mais emergencial, e posteriormente encaminha os pacientes para as unidades básicas de saúde a fim de conseguirem seus atestados, como se vê abaixo:

“Elas vem aqui é para pegar atestado, na realidade, que às vezes necessita. Aí, conforme o CID né.. eu dou, porque se assim, se precisar afastar, por exemplo: o cara cortou 3 dedos e vai no pronto-socorro. Lá ele não ganha atestado... Aí eles vêm aqui, porque é norma. Mas pôxa, o cara tá ali com os dedos cortados, e só dar um atestado de comparecimento?... porque o cara tem de voltar no outro dia para trabalhar... Então o que ele faz.. Vem aqui, e eu dou um atestado de 15 dias para esse paciente.” (Sujeito 9)

“E um outro problema de saúde desses nossos pacientes, é que se não for um acidente de trabalho registrado (com a CAT), eles não ganham atestado, e o plantonista do Pronto-Socorro manda a pessoa de volta para a Doutora da ESF dar o atestado. Mesmo sem saber que conduta foi feita, que procedimento foi feito...” (Sujeito 13)

Ainda sobre as principais demandas por atendimentos de saúde do trabalhador da APS, além dos casos de doenças osteomusculares e de acidentes de trabalho típicos, também é preciso ressaltar a grande

quantidade de casos de sofrimento mental no trabalho, ocasionando uma série de doenças potencialmente incapacitantes, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, fobias, entre outros.

“Nós temos muito afastamento por depressão, transtorno bipolar... pessoas que não podem mais ter contato com povo, entende?” (Sujeito 7)

“Eu tive nesse ano passado, um paciente que veio encaminhado de uma psiquiatra de Chapecó com ‘stress’ relacionado ao trabalho.” (Sujeito 6)

Os achados de nosso estudo são corroborados pelas pesquisas de Heck (2012), Siano et al (2008), Campos (2007), Gemelli (2011) e Boff, Leite e Azambuja (2002), que também demonstraram altos índices de patologias psiquiátricas causadas pelas condições inadequadas de trabalho.

Em muitos casos, os entrevistados identificam que as patologias psiquiátricas estão diretamente relacionadas com o sofrimento físico crônico, como demonstram as falas a seguir:

“Porque vêm muitos assim com dores no corpo, né, física... dor no braço... aí eles deprimem... aí o médico da empresa fala que não tem nada a ver uma coisa com a outra. Aí eles ficam confusos. Aí tem aqueles que não tem somente a dor física, então eles buscam e não sabem porque estão tristes.” (Sujeito 16)

“Então muitos hoje estão usando medicação psicotrópica por causa da dor crônica... não tanto por causa do psicológico, mas pela dor... Porque a gente sabe que ajuda, até a dormir melhor. Então mais tarde vai dar depressão e gastrite...” (Sujeito 9)

Esses resultados vão ao encontro do estudo publicado por Lima et al (2005), que trata da atitude frente à dor em trabalhadores de

atividades ocupacionais distintas, bem como reafirmam o relato de Neves e Nunes (2009) quando da análise da subjetividade que permeia a incapacidade laborativa de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Todavia, para além do desgaste físico relacionado às jornadas extenuantes em trabalhos insalubres, muitos entrevistados reconhecem que o próprio trabalho, por si só, é fonte de desgaste psíquico exacerbado, podendo contribuir diretamente para o surgimento de psicopatologias ocupacionais como legitimam os recortes abaixo. Ressalta-se que essa reflexão é particularmente verdadeira no caso do trabalho em frigoríficos, como assinalam Andrade et al (2008), e Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009).

“Então o trabalho é muito desgastante, requer muito, e não dá nenhuma recompensa emocional, de afeto pra ele, dificulta bastante a vida dele. Então a questão psicológica e comportamental dele afeta bastante...” (Sujeito 18)

“E tem pessoas que vêm aqui e que não veem o sol, né?... eu tinha paciente que ele entrou em depressão porque ele era do interior, e aí ele veio pra cidade, e foi trabalhar na Seara alimentos, e daí ele disse: Eu não vejo mais o sol agora.” (Sujeito 17)

“Porque não dá prazer, né? Não dá prazer! Eu falo porque eu tenho prazer, eu gosto de vir trabalhar... e eles não têm prazer nenhum lá...” (Sujeito 16)

Em virtude da expressiva demanda da população trabalhadora por serviços de saúde mental, O Conselho Federal de Psicologia publicou em junho de 2008 a obra intitulada “Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)”, com o objetivo de capacitar e instrumentar estes profissionais para lidarem com as questões de saúde mental emergentes dos processos produtivos (Conselho Federal de Psicologia, 2008).

Em razão da demanda excessiva, em condições de trabalho muitas vezes inadequadas (conforme descreve-se mais detalhadamente na próxima seção), e diante da recorrência dos mesmos problemas diariamente, muitos profissionais de saúde da APS afirmam estarem frustrados, como bem resume a fala abaixo:

“É meio frustrante, né? As pessoas que se recuperam de uma lesão crônica são raras.”
(Sujeito 10)

Pelos motivos explicitados acima, seria de se esperar que os próprios trabalhadores da ESF e do NASF passassem a se queixar de problemas relacionados às suas próprias saúdes, fato que ficou comprovado no diário de campo e posteriormente nas transcrições das entrevistas e grupos focais, das quais se destacam os seguintes trechos:

“E quando se fala de saúde do trabalhador se fala da pessoa lá fora... só que às vezes se esquecem do funcionário, né?”
(Sujeito 6)

“Essa questão da saúde do trabalhador de saúde não é bem abordada, né? A gente não fica doente. (risos, em tom de ironia).”
(Sujeito 13)

“Assim... nós percebemos hoje que o nosso servidor adocece... nós temos servidores afastados por 9 meses... então é assim, pessoas com atestado médico de psiquiatra, por tentativa de suicídio, depressão...”
(Sujeito 4)

“Me permitam dizer algumas palavrinhas. A bendita da ergonomia, e da sua carga de trabalho, não tá sendo considerada.”
(Sujeito 11)

“E em relação à saúde do trabalhador da saúde, da minha saúde e dos colegas aqui

da unidade, né, eu acho que deixa a desejar, em termos de gestão e de políticas... até que pena que ela saiu daqui, mas nós temos uma dentista, que ela foi afastada, em função de que ela teve um problema de... de LER... fez uma cirurgia, e tal... em função do trabalho, né?" (Sujeito 14)

Esse importante aspecto, relacionado ao adoecimento dos próprios cuidadores (profissionais da ESF e do NASF), está em conformidade com as publicações de Masson, Brito e Souza (2008), Daneluz (2011), e Mendes e Brasil (2006), e, parece estar relacionado à insuficiência de capacitações e à natureza do trabalho relacional dos profissionais de saúde, marcado por grande proximidade afetiva com os usuários de seus serviços, em uma demanda que excede a capacidade de atendimento dos profissionais da APS.

Stürmer et al (2010), por sua vez, ao analisarem os possíveis estressores no processo de trabalho das equipes de ESF do município de Florianópolis, constataram que 77,7% dos entrevistados consideraram que o nível de estresse no trabalho é moderado ou excessivo. Entre os principais agentes estressores apontados, destacam-se, além da demanda excessiva, a relação conflituosa com usuários, infraestrutura física inadequada, exigência de produtividade pelos supervisores, falta de recursos humanos suficientes, e a falta de exames, insumos e equipamentos.

6.3.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA REGIÃO DA AMAUC

Em relação aos processos de trabalho na ESF e no NASF, os entrevistados reconhecem algumas potencialidades para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde, em conformidade com os estudos de Alves (2003), Quintino (2009), e Faria e Bortolozzi (2010).

Em primeiro lugar, identificam que os contatos com a gestão, de um modo geral, são bastante frutíferos, atribuindo essa percepção ao fato de terem contato direto com as instâncias superiores (secretários de saúde), por se tratarem de colegas de profissão que já trabalharam na

APS anteriormente, e devido às facilidades tecnológicas de comunicação.

“Porque como a gente tem o acesso muito fácil com a nossa secretária.” (Sujeito 18)

“Eu vi a diferença porque já trabalhei em outra prefeitura, né? eu cheguei aqui e a primeira pessoa que eu falei, depois do RH, foi ela... e aí lá eu demorei... uns três meses pra conhecer a secretaria que tava... então era diferente... muito diferente... até porque ela já foi... ela já esteve onde nós estamos, né?” (Sujeito 16)

“Na verdade a gente assim, com a enfermagem... a gente tem uma reunião mensal com o nosso coordenador... e a gente tem sempre... contato... por email, por Skype, geralmente a gente se comunica todo dia, mas dessa forma mais rápida, né?” (Sujeito 15)

Além do acesso facilitado, os profissionais da APS atribuem como potencialidade o perfil demonstrado por muitos gestores, que por já terem trabalhado diretamente na ESF, são conhecedores dos problemas cotidianos e desempenham com eficiência a função de liderança que lhes cabe neste processo.

“A secretária assim, aparenta tá muito comprometida. Eu não conheço ela tão a fundo, mas ela parece que... tanto que nas reuniões ela é líder assim, de toda a equipe. Sempre tá procurando saber como estão as coisas e tal.” (Sujeito 8)

“O retorno da secretária é positivo assim... na medida do possível... às vezes o que queremos não é o que eles podem nos dar, né? Às vezes não ficamos satisfeitos

completamente, mas que tem essa troca tem... pego, converso com eles, e eles tentam nos dar um retorno.” (Sujeito 12)

Ademais, os profissionais identificam que os gestores, em alguns casos, favorecem a participação das instâncias de controle social, como o Conselho Municipal de Saúde de um dos municípios investigados:

“Eu vejo que coincidentemente com esse conselho, com essa mudança assim também, teve a participação da atual gestora. Por ela ser profissional da saúde ela conseguiu empoderar mais o conselho, tirar o foco dela enquanto gestora. Agora, o conselho anda sem ela.” (Sujeito 8)

Por outro lado, alguns entrevistados reconhecem que esse mesmo aspecto, pertinente ao relacionamento dos profissionais da APS com a gestão, pode ser considerado frágil e ineficiente, pois mesmo quando o contato é facilitado, os retornos costumam deixar muito a desejar, como bem exemplificam as falas a seguir:

“E com a Prefeitura a gente também não tem contato... o único contato foi só quando a gente foi empregado mesmo...” (Sujeito 12)

“Acesso até tem, mas o retorno é bem mais complicado...” (Sujeito 14)

Como exemplos de causas para a ineficiência da gestão municipal, alguns entrevistados relatam que os gestores costumam dar mais atenção aos aspectos quantitativos de produção de consultas e procedimentos, em detrimento das atividades de planejamento e das sugestões propostas pelos profissionais da APS, que ficam relegadas a um segundo plano.

Portanto, segundo os entrevistados, na região da AMAUC os processos de gestão são voltados ao cumprimento de normas e procedimentos, sobrando pouco espaço para inovação, o que também foi

percebido na pesquisa conduzida por Faria e Bortolozzi (2010), e como legitimam as seguintes falas:

“A gente tem uma reunião de coordenadores de unidades, unidade de apoio, unidade de saúde mental. A enfermagem, a gente se encontra uma vez por mês, o coordenador dos dentistas... Seria o espaço para a gente discutir essas coisas, os problemas, mas acaba sendo mais burocrático e administrativo.” (Sujeito 18)

“Eles não prezam pela qualidade do serviço, é muito quantitativo. Sempre. Tanto que aqui, pra gente implementar alguma coisa relacionada à Saúde da Família... eu quero fazer uma reunião, eu quero fazer grupo...a gente faz os projetos, leva lá, e fica parado lá, na gestão municipal.” (Sujeito 13)

Em sentido oposto, Lamas et al (2009) e Dias et al (2009) sugerem que, para garantir maior efetividade do ponto de vista prático às ações de ST no âmbito do SUS, as conquistas da legislação vigente devem ser incorporadas ao cotidiano das equipes por meio da aproximação e do diálogo entre todos os atores sociais interessados com essa temática, tais como: gestores, trabalhadores da saúde, e população de usuários do sistema.

Continuando a análise sob o ponto de vista operacional da Saúde do Trabalhador na APS da região da AMAUC, muitos entrevistados se queixam da ausência de condições adequadas de infraestrutura sob múltiplos aspectos, tais como insumos, recursos humanos, e mesmo estrutura física, como bem exemplificam as falas que se seguem, e na mesma direção das reflexões apresentadas por Guimarães, Nespólí e Silva (2008), que concluem que as práticas de Saúde do Trabalhador no SUS enfrentam obstáculos de naturezas diversificadas.

“Às vezes a gente precisaria de mais gente trabalhado no setor, e não tem. Tu tem que trabalhar com alguns que estão em folga

ou com atestado, isso sobrecarrega totalmente a equipe que fica.” (Sujeito 18)

“Demanda sempre têm, né? A demanda é grande. O nosso problema seria aqui o espaço físico da unidade. Área pequena, sala de procedimento é mínima, não têm janela, né? Então não é o que preconiza a vigilância sanitária né? Mas assim, a gente vai levando no dia-a-dia. Eu sei que tem lugares piores, a única queixa nossa seria espaço físico.” (Sujeito 11)

“Então, a gente não pode omitir porque o nosso principal problema de encaminhamentos é a ortopedia. Porque a grande maioria são problemas ortopédicos. Os diagnósticos também é outro problema, porque você tem toda uma demanda de exames para diagnóstico, ressonância, tomografia, e isso tudo é alto custo, mas e quem é que tá custeando isso? É o município.” (Sujeito 19)

Ainda sobre as queixas de insuficiência de recursos humanos, o diário de campo e o grupo focal realizado com os funcionários do CEREST municipal de Concórdia evidenciam que essa escassez de profissionais adequados compromete o bom funcionamento não apenas da APS, mas de todos os órgãos diretamente relacionados com a Saúde do Trabalhador, em franco desacordo com a proposta da RENAST, como citado por Dias e Hoefel (2005), e como demonstra o seguinte recorte:

“A nossa dificuldade é que a gente não tem médicos do trabalho no CEREST. Já foram feitos concursos, propostas... mas assim, temos dificuldades em contratação... não que a prefeitura ou a secretaria... é por falta de profissional médico mesmo... uma época tinha uma médica que também era

médica da Sadia e da Brasil Foods... e daí também não deu muito certo, sabe? É um conflito de interesses, ela optou em ficar na empresa... então a gente não tem médico no CEREST...” (Sujeito 4)

Relacionando os dados apresentados acima com aqueles disponíveis na literatura, pode-se afirmar categoricamente que o CEREST municipal de Concórdia atua com uma equipe reduzida e incompleta (um sociólogo e duas técnicas em enfermagem). Ainda que a Portaria da RENAST não faça referência direta à composição da equipe mínima de um CEREST municipal, pode-se verificar que o dispositivo legal normatiza a equipe de um CEREST Regional do tipo A como sendo composta, minimamente, dos seguintes profissionais: pelo menos 02 médicos e 01 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 01 auxiliar de enfermagem, 01 outro profissional de nível médio, e outros 03 profissionais de nível superior (BRASIL, 2002).

De todo modo, destaca-se que, comparativamente, o CEREST do município de Amparo, interior de São Paulo, dispõe em seu quadro dos seguintes profissionais: enfermeira, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem, engenheiro de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho, agentes administrativos e agentes de limpeza (DIAS, BERTOLINI e PIMENTA, 2011).

Nesse momento, entende-se ser pertinente ressaltar que no principal documento oficial a que se teve acesso a respeito desta temática para a região, o Plano Municipal de Saúde de Concórdia 2010-2013, os gestores que o elaboraram deram grande destaque para a ST e para a instrumentalização do CEREST, estabelecendo como meta, inclusive, a contratação de um médico para compor a equipe.

Contudo, como se percebe pelos dados apresentados até aqui, esta e outras metas não foram atingidas a contento, mesmo com dois anos de atraso (em relação ao momento da coleta dos dados). Parece bastante claro, portanto, que a ST, embora esteja contemplada no Plano Municipal de Saúde, ainda carece de avanços para uma melhor operacionalização na região da AMAUC.

Além disso, esses mesmos aspectos, de insuficiência de recursos humanos e de infraestrutura para o desenvolvimento de ações adequadas em Saúde do Trabalhador foram abordados por Otani (2003), que relata que...

“diante da diversidade de fatores que influenciam a saúde, é hoje iniludível a necessidade do caráter multidisciplinar na equipe de saúde. A viabilização de uma rede primária está diretamente relacionada ao preparo profissional da equipe, e nesse sentido será necessária uma capacitação adequada de seus recursos humanos” (OTANI, 2003, p.93).

Ademais, o mesmo autor considera ainda que, para uma melhor utilização dos recursos humanos existentes, otimizando as ações desenvolvidas pelas equipes da APS, os municípios devem procurar se associar em colegiados gestores, sugerindo a conformação de consórcios intermunicipais de saúde, como ocorre na região da AMAUC (Otani, 2003).

Por outro lado, os trabalhadores da APS consideram que um dos grandes limitadores de sua atuação profissional é o relativo isolamento em que as equipes de ESF e NASF se encontram, sem articulação com os demais níveis dos serviços de saúde.

“Talvez, por não ter o meu serviço integrado a profissionais mais especializados, a gente custa um pouco a entender aquele fenômeno. Então, a integração eu acho que seria interessante. Conversar com o ortopedista, com o fisioterapeuta.” (Sujeito 10)

“E de especialistas virem aqui, também não tem. Vir dar suporte na unidade, não. A gente vê também em outros locais uma estratégia que eles chamam de matriciamento. Que ao invés de ficar restrito, encolhidinho, não... Vamos descentralizar. O próprio profissional vai em várias unidades. Aqui não tem isso.” (Sujeito 12)

Em alguns casos o isolamento é tão extremado, que os profissionais se autodenominam como sendo funcionários da pasta municipal da agricultura, pois só fazem atender trabalhadores do

agronegócio e não conseguem articulação com as demais instâncias do SUS.

“Nós brincávamos uma vez que nós éramos da secretaria da agricultura. Porque nós éramos esquecidos mesmo. Até porque dizem eles que a gente não dá problema.” (Sujeito 16)

“Sempre os mesmos pacientes com as mesmas queixas, acho que não tem uma articulação entre saúde básica e saúde do trabalhador, então eles acabam voltando e a gente nunca resolve o problema deles.” (Sujeito 18)

Ademais, mesmo quando a iniciativa de interlocução com os demais profissionais da rede parte dos próprios servidores da ESF e do NASF parece não haver resolutividade nos encaminhamentos propostos, conforme se observa nos recortes abaixo:

“A gente já queria tá trabalhando com o esquema de referência e contra-referência... a gente já tentou aqui no nosso município e não deu certo... assim, porque as unidades até mandam a referência, mas em contra-partida... o médico não manda a contra-referência, não manda nada...” (Sujeito 14)

“Na verdade a gente até tentou colocar o serviço de referência e contra-referência, mas a gente nunca teve o retorno disso...” (Sujeito 8)

“Na verdade, eles jogam toda a responsabilidade pro PSF. O que a gente mais sente deles, assim, eles te jogam, e você tem que fazer... e eles te cobram por isso... mas não dão uma sugestão, ou uma ideia de como pode ser feito...” (Sujeito 15)

Os relatos acima, pertinentes ao isolamento das equipes da APS e à falta de interlocução com os demais profissionais de outros níveis dos serviços de saúde, e mesmo externos ao setor saúde, são confluentes com os achados de Reinhardt e Fischer (2009), Quintino (2009), Dias et al (2009) e Chaves et al (2009).

Como estratégias de superação dessa fragilidade e insuficiência do setor saúde, para dar conta de atender a todas as demandas relativas à Saúde do Trabalhador, devem ser citados os trabalhos de Machado (1997), Machado e Porto (2003), e Otani (2003), que sugerem que se caminhe na direção da construção de redes sociais e institucionais, como foco no território, e que deem suporte às ações de VISAT.

Outro aspecto que precisa ser ressaltado, talvez o mais importante de todos, é que a maior parte dos profissionais que atuam nas equipes de ESF e NASF participantes do estudo considera não ter conhecimentos técnicos suficientes na área de Saúde do Trabalhador, limitando muito suas possibilidades de atuação profissional frente a essa temática, inclusive com a subnotificação das doenças e acidentes de trabalho, como se vê abaixo:

“Em relação à CAT é tudo muito confuso, mal informado, o pessoal não tem orientação, não sabe o que fazer... por isso que a maioria nem faz... a maioria de quem sofre acidentes de trabalho não... não registra. O exercício da cidadania aqui é mais precário.” (Sujeito 13)

“E na Saúde do Trabalhador que eu digo que é mais invisível. A própria Saúde do Trabalhador é invisível. Não é verdade?” (Sujeito 12)

Além disso, estes profissionais se queixam da inexistência de ofertas de capacitação sobre esse assunto por parte dos gestores da saúde municipal, sendo que essa percepção está presente mesmo para aqueles profissionais que já estão inseridos na mesma equipe há alguns anos, como se vê a seguir:

“Então, não tem estímulo! Não tem estímulo pra fazer nenhum curso! E eles também não oferecem nenhum. Já tô aqui há um ano e três meses, quatro quase, e nunca recebi um convite pra fazer um curso que seja.” (Sujeito 8)

“E por parte da gestão também não há possibilidade de capacitação, só se for iniciativa nossa... na verdade capacitação, né, eu tô aqui há três anos, e não tivemos nada, relacionado à Saúde do Trabalhador...” (Sujeito 17)

“Eles querem que faça com ênfase em saúde pública, não em saúde do trabalhador, tanto que assim, a prefeitura não tem funcionários que trabalhem nesta parte de medicina do trabalho. Que poderia ter uma equipe.” (Sujeito 18)

De acordo com os relatos de Dias et al (2009), e Mendes e Brasil (2006), a ausência de capacitação adequada na área da Saúde do Trabalhador para as equipes da APS não é uma exclusividade da região da AMAUC, estando presente mesmo em uma capital como Florianópolis, onde apenas 15% das equipes de ESF relataram ter acesso a iniciativas de educação continuada sobre essa temática, a despeito de 91% destes profissionais demonstrarem grande interesse pelo assunto (MENDES e BRASIL, 2006).

De todo modo, no caso específico da região da AMAUC, ainda que o próprio servidor da saúde procure, por iniciativa própria, desenvolver novas competências por meio da educação profissional continuada e através da realização de cursos de especialização e congressos temáticos, parece não haver interesse nesse sentido por parte dos gestores, uma vez que não há estratégias para compensação da carga horária utilizada como educação em serviço, como evidenciado a seguir:

“Se eu quero fazer uma pós-graduação, ou eu quero fazer um aperfeiçoamento, em saúde do trabalhador, em medicina da família, e tal, até já vi algumas coisas... eu

não vou ser liberada. Vão me descontar. Então, além de eu ter que pagar, às vezes cursos ou congresso... já desisti de fazer muita coisa... porque dá um custo muito alto pra mim...” (Sujeito 6)

Em virtude de tais deficiências de formação profissional adequada a essa temática, tão rica em detalhes e refinamentos técnicos e de legislação, os profissionais reconhecem que suas possibilidades de atuação são frágeis e ineficientes, mesmo que a capacitação tenha ocorrido, pois nesses casos foi feita de modo superficial e insuficiente, como no relato abaixo, que caminha na contra-mão da pesquisa de Wunsch Filho et al (1993), que sugerem a utilização de Sistemas de Informação para a ação prática de Saúde do Trabalhador em nível local.

“No SINAN tem varias fichas de notificação relacionadas à saúde do trabalhador, né? Só que não é notificado. A gente não, ainda não tá liberado. Por exemplo, LER, DORT e tem outras que são respiratórias... não, não foi liberado no sistema ainda. A gente teve a capacitação com tudo, até de acidente de trabalho grave. Mas isso não notifica.” (Sujeito 7)

No que diz respeito ao relacionamento dos trabalhadores da APS com o órgão oficial de Previdência Social, INSS, todas as categorias e profissionais consultados identificam essa relação como sendo bastante problemática. A própria falta de capacitação adequada deve contribuir bastante nesse sentido, mas o diário de campo em confronto com as transcrições nos permitiu identificar outras causas, como o relativo isolamento existente entre essas duas esferas:

“Talvez ter essa interação, uma troca com os profissionais que atendem os pacientes daqui e que vão lá pro INSS fazer pericia. A gente não tem assim...” (Sujeito 7)

Outra reflexão que os entrevistados fazem é que o tempo de espera entre o início do afastamento do trabalho e a efetiva realização do

exame médico-pericial é por demais demorado, comprometendo a avaliação sobre a capacidade laborativa que os profissionais do INSS fazem em relação a seus periciandos, pois as situações clínicas evoluem e, ao chegar na perícia, o quadro clínico já é outro.

“Eles passam pela perícia e muitas vezes não conseguem. Isso a gente escuta relatos, não consegue o auxílio, né?” (Sujeito 18)

“Os paciente procuram o INSS com fins de benefícios. Que de repente eu solicitei, passa pelo ortopedista, o ortopedista encaminhou para a perícia... até que chegue no perito médico... reagenda solicitando novos exames porque já se passaram três meses do dia que foi diagnosticado até ele passar do ortopedista para chegar lá...” (Sujeito 12)

Um agravante desta situação descrita acima é que, mesmo quando os exames médico-periciais são realizados em curto espaço de tempo após o início do afastamento do trabalho, ainda assim os pacientes têm dificuldades em conseguir o benefício previdenciário, uma vez que os exames diagnósticos e os encaminhamentos para tratamentos especializados são muito restritos, de difícil acesso e demoram demais.

“Daí até pro INSS lá, eu acho que pergutam: tá fazendo fisioterapia? Ah, não. Tô na fila esperando.” (Sujeito 7)

“Mesma coisa é a ortopedia. A gente tem muito paciente que vai pro INSS, daí encaminha. Até a nossa ortopedia via SUS é um caos. Aí tem paciente há um ano esperando uma consulta, a primeira consulta, aí vai no INSS e o medico cobra avaliação.” (Sujeito 9)

Portanto, como se percebe, os profissionais da APS consideram que os peritos do INSS levam muito em consideração a realização de exames complementares para a confirmação dos diagnósticos, valorizando, sobretudo, os exames de imagem. Justamente por esse motivo, consideram que existem dificuldades adicionais para comprovação do adoecimento mental pelo trabalho:

“Muito difícil... é como eu falo pros meus pacientes, né? A depressão não sai no exame, no exame não mostra lá... às vezes fica recorrente, a pessoa entra e sai da perícia...” (Sujeito 16)

Ademais, as mesmas dificuldades no reconhecimento de benefícios previdenciários é reconhecida pelo médico do trabalho responsável pelo setor de saúde ocupacional do maior frigorífico instalado em um dos municípios investigados, ainda que o mesmo não considere a relação com o INSS como sendo conflituosa, como bem expressa a fala a seguir:

“INSS principalmente, a gente tem algumas diferenças e tal, né? É que o INSS é uma seguridade social, quer dizer, à medida que a gente contribui, ou todo o trabalhador contribui com isso, com essa seguridade, na nossa visão deveria ter um retorno, às vezes melhor. Então às vezes o INSS dificulta um pouco uns recursos que a gente acharia que teria que conceder, mas não é um conflito...” (Sujeito 20)

Outra reflexão que se destaca das entrevistas, e que já havia aparecido como impressão quando da redação do diário de campo, é que alguns entrevistados consideram que muitos pacientes se acomodam aos benefícios previdenciários e preferem não melhorar de suas patologias para não terem que retornar aos seus postos de trabalho.

“Bastante... bastante... a leitura que eu vejo é que talvez seja por isso que o INSS negue tanto, porque tem bastante gente que

realmente está em benefício porque é mais fácil ficar em casa do que ir trabalhar... o ganho é o mesmo, né?... e tem isso também... eu inclusive tenho uma das pacientes que apresenta bem esse caso... ela tá bem... ela de certa forma já está trabalhando, fazendo as suas outras atividades... ganhando dinheiro extra, mas ela... ela já foi negada três vezes...” (Sujeito 16)

De fato, os relatos de dificuldade no relacionamento dos serviços de saúde com o órgão oficial da Previdência Social (INSS) são bastante comuns nas publicações sobre esta temática, tais como Maeno, Takahashi e Lima (2009), Moura, Carvalho e Silva (2007), Boff, Leite e Azambuja (2002), e Lima et al (2005), e revelam que a tão sonhada intersetorialidade em saúde do trabalhador, um dos pressupostos da RENAST, encontra-se ainda em um horizonte distante da práxis cotidiana.

Ainda sobre os aspectos organizativos da atenção em Saúde do Trabalhador na região da AMAUC é importante ressaltar que, além de trabalharem em condições estruturais inadequadas, sem capacitação, de modo isolado dos demais serviços de saúde e previdência, etc., e talvez até justamente por esses mesmos motivos, os trabalhadores da APS costumam pautar suas atividades profissionais apenas com foco nos aspectos curativos, como se percebe pelos seguintes recortes:

“Então, a concepção curativa, tá predominando... Aqui ela vai sempre predominar... A gente fica triste, mas é assim. Queira ou não queira, é politicamente inviável.” (Sujeito 13)

“Nós do PSF na verdade, trabalhamos mais na parte curativa... ah, tem uma dor... vai lá o médico ou a médica... vai lá e trata a dor e deu... não investiga... não faz assim um acompanhamento...” (Sujeito 2)

“Infelizmente muito daquela parte curativa. Medicação, medicação! Prevenção aqui ainda é Pré-histórico.” (Sujeito 9)

Devido à sobrecarga de demandas, e com os gestores priorizando as avaliações quantitativas de produtividade (consultas e procedimentos), não sobra tempo suficiente para o planejamento dos serviços prestados aos usuários:

“Então, na verdade a gente tem assim um espaço de tempo muito exíguo para fazer planejamento, para investir em digamos promover a saúde mesmo. Para isso sobra muito pouco tempo... o espaço de tempo é muito preenchido com consulta mesmo.” (Sujeito 10)

“Ações nós não temos, porque nós não temos nem conosco aqui. Então fica meio difícil a gente planejar alguma coisa para as pessoas da comunidade né, trabalhadora. Nós aqui dentro não temos isso, fica um pouco difícil” (Sujeito 11)

Portanto, como existe pressão por priorizar os atendimentos através de consultas individuais, os profissionais se queixam de que não conseguem executar atividades preventivas e promotoras de saúde em grupos, de tal modo que se veem apenas “apagando incêndios”:

“Eu acho que a questão da saúde do trabalhador ainda é muito precária, porque a gente não trabalha no modo de prevenção.” (Sujeito 18)

“A gente só apaga incêndio ainda... a gente não faz nada... não tem nenhum programa ativo, nada... que seja efetivo na Saúde do Trabalhador. Mas considero que seria importante, com certeza... E o apagar incêndio é no sentido de que, assim, a gente

não consegue trabalhar na prevenção... na promoção e na prevenção à saúde...” (Sujeito 15)

Essa proliferação de relatos pertinentes à gestão dos processos de trabalho na APS, que demonstram o desenvolvimento de ações em VISAT de modo incompleto (quando existentes) e focadas nos aspectos curativos, também caminha na direção oposta dos pressupostos teóricos que embasaram o surgimento da RENAST. Mas, novamente aqui, em comparação com os dados existentes na literatura especializada, percebe-se que essas carências não são exclusivas da região da AMAUC. Pelo contrário, são o modelo predominante de se fazer VISAT em nosso país, como bem demonstraram os estudos de Machado e Porto (2003), Otani (2003), Vasconcelos (2005), Mendes e Brasil (2006) e Lamas et al (2009).

6.3.4 A EQUIPE DA APS *VERSUS* O MUNDO DO TRABALHO NA REGIÃO DA AMAUC

No que diz respeito ao relacionamento dos profissionais da APS com o setor de saúde das empresas frigoríficas, a maioria dos entrevistados considera que essa relação é muito problemática e ineficiente, sobretudo pelas interferências nas condutas e pelas contestações dos documentos produzidos pelos profissionais da APS, como atestados médicos ou mesmo a CAT.

“Assim, eles complicam muito aqui com atestado. Eu faço um atestado, conforme a gente aprende na faculdade, e quando chega no trabalho eles não aceitam... Ou porque foi trabalhar de manhã... e veio consultar de tarde... ou é vice-versa... ou porque colocou o CID, ou porque não colocou o CID... ou porque o CID eles não concordam...” (Sujeito 13)

“Agora, mesmo que tu não tenhas o registro, se contar como acidente de trabalho

a relação com os empregadores é muito complicada.” (Sujeito 14)

“Tem muita gente que trabalha na Sadia, é a maioria, e que tu faz o atestado e a Sadia não aceita... o médico de lá viu e bloqueou o atestado... ou achou que não... tem muita interferência de conduta, assim... e eles vêm reclamar aqui como se a gente conseguisse solucionar, entendeu?” (Sujeito 7)

Já que uma das queixas principais está relacionada à contestação de condutas frente aos casos de adoecimento ocupacional, seria natural supormos que as empresas tenham interesse em que os profissionais da APS conheçam melhor seus processos produtivos, para que as condutas tenham maior embasamento em vivências práticas. Todavia, não é isso que costuma ocorrer, como evidenciam as falas a seguir:

“Mas depois... encaminha esse paciente pra... pra fazer avaliação com o Médico do Trabalho. Mas não tem contra-referência. E nem acesso pra entrar nas empresas, também não tem.” (Sujeito 14)

“Se eu ligar pro médico da empresa, eu já sei o que ele vai dizer. Que quem tá em cima dele, ali, por exemplo, na Sadia. Porque é a Sadia que manda, porque se ele contestar, já viu né?” (Sujeito 13)

“E é até uma questão de conhecer como é feito o trabalho, porque a gente tem uma noção, mas é muito difícil de a gente conseguir realmente conhecer como é o processo de trabalho lá dentro. Eles às vezes falam o nome do setor e eu não faço nem ideia. Mas eu acho que seria interessante sim, como a gente tem bastante demanda. E não é

só da pessoa que trabalha lá, mas é do familiar.” (Sujeito 16)

Os dados descritos acima não deixam dúvidas de que, de fato, existe uma série de dificuldades no relacionamento dos serviços de Saúde Pública com o setor de medicina ocupacional das empresas, encontrando ressonância nas publicações de Machado e Porto (2003), e Lima (2009), que relatam que a falta de articulação com os demais serviços é o principal entrave para a consolidação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS.

Para a superação dessa ineficiência, os autores recomendam que os serviços de saúde do SUS sejam alicerçados sobre uma rede de relacionamentos interinstitucionais, na direção da construção de uma VISAT suprainstitucional (MACHADO e PORTO 2003; LIMA, 2009).

Por outro lado, quando se analisam as falas de um dos médicos do trabalho (principal responsável pela saúde ocupacional de um grande frigorífico da região) percebe-se que também ali fica bastante claro quais são os interesses que prevalecem nessa relação, bem como se explicita que o ritmo de produção das empresas é “quem” dita as condutas frente aos afastamentos do trabalho.

“Tem pessoas que vão se preocupar mais com a produtividade do que com a saúde do trabalhador, e de repente tu ficas no meio disso tentando conciliar a saúde do teu trabalhador com a produtividade da empresa. É um trabalho que não é fácil conseguir um equilíbrio para isso.” (Sujeito 20)

“Existe aquela questão assim de, por exemplo, de afastamento, atestados né? Se tu trabalhas na empresa, de certa forma quem te paga é a empresa, não é o trabalhador. Diretamente é o empregador. Então de certa forma parece haver assim uma certa dependência, uma certa obrigatoriedade de tu ser mais parcial no caso, com caso de atestado, por exemplo, de tu dá uma questionada de: “não mas, cinco dias, não poderia ser três, e tal né?” (Sujeito 20)

Inúmeros recortes das entrevistas, assim como já se havia percebido no diário de campo, demonstram que as empresas frigoríficas controlam não apenas as questões de saúde de seus funcionários. Na verdade, a interferência e a vigilância são tão extremadas que os indivíduos passam a ser tratados como simples peças de engrenagens, a favor do aumento da produtividade, e independentemente dos custos sociais decorrentes dessa conduta vil.

“O que eu percebo... é uma empresa muito grande, os trabalhadores são tratados como simples... máquinas!” (Sujeito 6)

“Eles relatam que não tem muito espaço pra eles conversarem entre eles, né? Tem que ser uma maquininha mesmo. É trabalhar, cortar, fazer aquilo, e não tem tempo de conversar. Não tem socialização no trabalho.” (Sujeito 16)

Ainda na mesma linha, destaca-se também que os entrevistados consideram que os profissionais do setor de saúde das empresas adotam como discurso oficial a culpabilização do próprio trabalhador adoecido por seus problemas de saúde, atribuindo o surgimento dos mesmos a atividades desempenhadas fora dos ambientes de trabalho, em consonância com o descrito por Daneluz (2011), e como se identifica nas seguintes falas:

“Eu tive um paciente que a fisioterapeuta da Seara falou assim para ele: “a tua epicondilite, não vem do teu trabalho aqui, vem daquelas duas horas que você fica no interior com teu pai e ajuda lá na lida do interior.” Tipo assim, ele passa 08 ou 10 horas dentro de uma empresa fazendo um serviço repetitivo, mas o que tá causando a lesão são as duas horas lá fora...” (Sujeito 17)

“É eles tomam banho, vestem a roupa... pra não levar doença pra dentro da empresa, né?...” (Sujeito 2)

Desse modo, muitos pacientes, mesmo quando realizam tratamento adequado, persistem com queixas crônicas, e têm verdadeiro pavor de retomar suas atividades laborativas, pela certeza de que as dores retornarão com maior intensidade:

“Tem alguns pacientes que nem voltaram a trabalhar. Então tem um paciente de ombro que depois da cirurgia ele sente muita dor, aí ele faz fisio e diz: “ah, mas se melhorar eu vou ter que voltar para lá”. Às vezes tem pessoas que também não querem melhorar, porque sabem que vão ter que voltar para aquela rotina insuportável.” (Sujeito 7)

Considera-se ser pertinente discutir, neste momento, a postura dos setores de saúde ocupacional das empresas, que tem origem na sua concepção e conformação inicial. Segundo lecionam Mendes e Dias (1991), Vasconcellos e Pignati (2006), bem como Machado e Porto (2003), os serviços de medicina do trabalho surgiram, dentro do organograma dos grupos empresariais, para dar conta de uma lacuna pertinente aos processos de adoecimento dos trabalhadores.

Segundo essa concepção, os serviços médicos especializados passariam a atuar como “mais uma peça da engrenagem maior que é a fábrica”, voltando suas ações para o controle do absenteísmo com vistas ao aumento da produtividade. Pela perspectiva hegemônica do capital, tais serviços deveriam ser centrados na figura do médico, e deveriam ter entre seus dirigentes pessoas de absoluta confiança do empregador, e que se dispusessem a defendê-lo (MENDES e DIAS, 1991).

Pode-se perceber, portanto, que a medicina do trabalho, em sua perspectiva tradicional, se constitui em uma atividade exclusiva da classe médica, desenvolvida localmente e em proximidade com os postos de trabalho. Entre suas principais atribuições, estaria a “missão de cuidar” da saúde física e mental dos funcionários, designando-os para o desenvolvimento de tarefas compatíveis com suas aptidões. Todavia, Mendes e Dias (1991) nos ensinam que “a adequação do trabalho ao

trabalhador, limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas” (MENDES e DIAS, 1991, p. 342).

Vasconcellos e Pignati (2006), por sua vez, vão além, e com uma crítica mais contundente consideram que “a Medicina do Trabalho não atende aos postulados éticos e científicos que se requer historicamente da medicina e de suas especialidades médicas, entendendo-se aquela como prática subserviente a outras variáveis, hegemônicas e não científicas” (VANSCONCELLOS e PIGNATI, 2006, p. 1105).

No mesmo sentido, Oliveira e Teixeira (1986) *apud* Mendes e Dias (1991) entendem que...

"Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absentismo e suas conseqüências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absentismo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente 'morosas' e 'deficientes' redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa” (MENDES e DIAS, 1991, p.343).

Na mesma linha de raciocínio, Daneluz (2011), ao analisar o adoecimento de trabalhadores das agroindústrias de Chapecó, na região Oeste de Santa Catarina, concluiu que esses serviços tem sua lógica focada exclusivamente na recuperação da capacidade física dos funcionários, voltada para a manutenção dos índices de produtividade,

sendo tal processo regido unicamente por determinações de ordem econômica.

Desse modo, pode-se inferir que os serviços de medicina dos frigoríficos na região da AMAUC ainda se encontram formatados segundo a antiga e ultrapassada concepção da Medicina do Trabalho tradicional, muito distantes da perspectiva integradora e multiprofissional da Saúde do Trabalhador que se pretende com a RENAST, e proposta por Mendes e Dias (1991), Alves (2003), Otani (2003) e Machado e Porto (2003), que consideram a centralidade da categoria trabalho na determinação social dos processos de saúde-doença dos indivíduos e das coletividades.

Uma possível explicação para este perfil arcaico dos serviços de medicina do trabalho na região da AMAUC pode ser buscada no estudo de Espíndola (2002). Ao analisar as evoluções tecnológicas e as novas relações de trabalho nas agroindústrias de carne do sul do Brasil, o autor chegou à conclusão que as principais empresas catarinenses do setor apresentam estruturas estamentais, com “espíritos capitalistas” sendo conduzidos por “cabeças feudais” (ESPÍNDOLA, 2002).

Diante deste cenário, no qual os direitos sociais são relegados a um plano inferior, sempre em benefício dos interesses mercantilistas do grande capital, é comum que as equipes da APS se deparem com situações que ultrapassam suas possibilidades de atuação, como bem exemplificam os seguintes trechos de entrevistas:

“Tem relações que chegam ao trabalho escravo. A menos de 15 minutos de carro daqui o Ministério Público deu uma batida, e tinha gente em condições bem precárias, dormindo em chiqueirão abandonado, sem banheiro, sem nada, comendo comida feita em cima de dois tijolos, rodeado de esterco, e sem água, sem banco, sem nada.” (Sujeito 3)

“E a prostituição aqui na beira da rodovia também existe, né?” (Sujeito 12)

“Agora, do ponto de vista que eu tenho ajudado aqui um pouco o sindicato dos metalúrgicos, que tá em fase de formação

ainda, eu apelidei isso aqui de buraco negro do direito social... e sindical...” (Sujeito 3)

Diante de tantas interferências sobre suas condutas profissionais, e com todas as inadequações descritas acima para uma maior efetividade nas ações de saúde do trabalhador, os trabalhadores da APS sentem-se frustrados e impotentes, sem vislumbrarem quaisquer perspectivas de melhoria, resultados esses que são condizentes com o estudo conduzido por Daneluz (2011). Nesse sentido, Servo e Araújo (2007) *apud* Stürmer et al (2010), defendem que, no Sistema Único de Saúde, os profissionais que não têm autonomia para decidir pela melhora integral dos serviços oferecidos, sentem-se impotentes, estressados e cada vez menos motivados para a realização do seu trabalho, como se verifica nas falas legitimadoras abaixo:

“Eu tenho a minha conduta aqui, vamos dizer... a minha autonomia aqui dentro... a minha conduta médica dentro do que eu aprendi, do que eu faço aqui... só que saiu daqui eu já perdi tudo, entendeu? A receita não valeu... o atestado não valeu... ou eu fiz tudo errado... ou o que interessa é que você não vai ganhar atestado e o você vai ter que trabalhar hoje. E aí eles vem aqui reclamar pra nós... daí tu vai fazer o quê?” (Sujeito 13)

“Então assim, a gente fica um pouco frustrada por isso. Tu não consegues solucionar de uma maneira satisfatória.” (Sujeito 17)

“E ai é que a gente tem a dificuldade de administrar a satisfação do usuário com a satisfação do profissional, porque o medico que atende toda a semana o mesmo paciente com a mesma dor ele já não tá mais com vontade de investigar, porque ele já sabe que aquilo é crônico, aquilo não tem solução.” (Sujeito 19)

Instigados a refletir de modo mais aprofundado sobre as causas primárias de todos esses problemas enfrentados pela população trabalhadora e pelos profissionais da APS que lhes prestam serviços de saúde, fica explícito que os entrevistados reconhecem o problema como sendo bastante complexo, e envolve situações como a dependência que o poder público tem em relação aos impostos arrecadados junto aos grandes empregadores, como se vê:

“É uma área estratégica, que em muitas vezes, ou quase que sempre, o capital falou mais alto... e a empresa tem muito mais poder de voz que o trabalhador... e que o gestor... e que o estado, o município, ou seja quem for... a empresa tem, então, maior poder de voz e barganha...” (Sujeito 4)

De fato, a percepção daquele profissional estava correta, pois o próprio médico do trabalho entrevistado, responsável por conduzir a área de saúde do trabalhador do maior frigorífico da região, admite que, para o grande capital, tudo isso não passa de uma questão financeira, de tal modo que também este profissional se sente frustrado e impotente.

“A gente tá sempre tentando fazer melhorias, observando, analisando, dando sugestões e tentando modificar e melhorar esses processos. É claro que tudo isso às vezes esbarra em custos, né? Porque a indústria é uma empresa que visa lucro e essas coisas muitas vezes são custos né, que muitas vezes vão se pagar, outras não.” (Sujeito 20)

“E aí como o médico do trabalho eu mesmo não consigo fazer nada pelo meu paciente, e tu ficas um pouco frustrado.” (Sujeito 20)

Por fim, a sensação de impotência e de impunidade dos verdadeiros culpados por essa situação calamitosa se legitima quando os

profissionais da APS relatam que mesmo as autoridades oficialmente constituídas para as finalidades de fiscalizar e punir os responsáveis (CEREST, INSS, Ministério Público do Trabalho, Delegacias Regionais do Trabalho, entre outros) não têm sucesso nessa empreitada, em concordância com os relatos de Daneluz (2011), Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), e Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009).

“Foi uma denúncia gravíssima, para o Ministério Público... aí, veio o pessoal do Ministério Público, veio uma junta de médicos do Ministério do Trabalho, e ficaram vários dias aqui... justamente para isso... então, como envolveu o Ministério Público e tudo... eles foram obrigados a deixar esse pessoal chegar até o trabalhador... então eles entravam sem dizer com que eles iam trabalhar... eles tiravam o pessoal dali e iam fazer uma entrevista... mas essas pessoas tinham medo de falar... porque assim, mesmo que não tinha nada... eles sabiam que se saía da linha de produção, dependendo do que eles iam fazer, do relatório deles... dependendo do número de queixas, então eles não falaram do ritmo... falaram que tava tudo bem... alguns, né... de medo que eles iam ser mandados embora...” (Sujeito 10)

6.4 RECOMENDAÇÕES

Após a apresentação e a discussão dos resultados que emergiram da pesquisa, com as múltiplas fontes de dados descritas na seção de metodologia, com destaque para o material empírico oriundo das entrevistas individuais e grupos focais, permitindo uma multiplicidade de ângulos e perspectivas sobre a Saúde do Trabalhador na região da AMAUC, partimos para a formatação de recomendações, que pretendem servir como impulso na busca de soluções consensuais sobre a problemática investigada.

Destaca-se, inicialmente, que a utilização das ferramentas metodológicas oferecidas pela Avaliação de Quarta Geração não apenas

permitiu a inserção dos pesquisadores no meio avaliado, mas também possibilitou aos próprios *stakeholders* debaterem e exteriorizarem as peculiaridades do campo prático da ST em serviços públicos da APS.

Portanto, o julgamento de valor apresentado é fruto dos relatos fornecidos pelos próprios sujeitos interessados na questão (*stakeholders*) que, por estarem inseridos e vivenciarem diretamente o contexto estudado no cotidiano, detêm o poder de apreender de modo singular o resultado da presente avaliação, transformando a realidade social à sua volta.

Nesse sentido, Fetterman (1996) defende que as pessoas, individualmente e em grupos, necessitam ser constantemente estimuladas para a mudança de atitudes, assumindo uma postura pró-ativa e tornando-se, elas próprias, “ferramentas” de transformação da práxis, na incessante busca de soluções para seus problemas.

Ao final da presente pesquisa, resultando no processo avaliativo ora descrito, os participantes chegaram ao consenso de que existem inúmeras fragilidades que comprometem a efetividade e a consolidação do CIS-AMAUC como colegiado gestor, diante de suas atribuições teóricas e ações práticas no âmbito da Saúde do Trabalhador, com exceção de alguns relatos pontuais de potencialidades no relacionamento entre gestores municipais e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

Ainda segundo a perspectiva dos participantes do estudo, a fragilidade das ações de ST no âmbito do SUS na região da AMAUC são de tamanha magnitude que seu enfrentamento deve ser considerado urgente e prioritário por todos os atores sociais envolvidos com esta temática, sob pena de, em caso de inexistência de melhorias para suas reivindicações, comprometer de modo definitivo e irreparável o funcionamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde como um todo, que continuaria a existir apenas no papel, distante das necessidades da população e sem maiores aplicabilidades práticas.

Desse modo, as recomendações listadas a seguir devem ser compreendidas pelos gestores e trabalhadores da saúde na AMAUC como proposições não apenas necessárias e oportunas, mas, sobretudo, estratégicas para a transformação da realidade social da região, histórica e hodiernamente marcada pela crueldade e pela injustiça social, na direção de um futuro mais justo e democrático.

- 1) Em primeiro lugar, é preciso que todos os envolvidos com a Saúde do Trabalhador na região da AMAUC (indivíduos e instituições) reconheçam a centralidade da categoria trabalho na determinação social

do processo saúde-doença, redirecionando o planejamento e as práticas em saúde com base nessa premissa fundamental.

2) Reconhecida a centralidade do trabalho para a saúde, será preciso então identificar na região todos os órgãos e instituições direta ou indiretamente envolvidos com a temática, a fim de se estabelecer parcerias no sentido de se construir coletivamente uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador, que reconheça a amplitude de seu campo de ação, seu caráter intrasetorial (integrando os serviços de saúde em todos os níveis), intersetorial (envolvendo além da saúde as áreas de educação, trabalho, previdência, meio-ambiente, agricultura, judiciário, entre outros) e multidisciplinar.

3) Garantir a efetiva participação dos trabalhadores e de suas entidades representativas em todas as etapas desse contínuo processo, desde a concepção e o planejamento, acompanhando o desenvolvimento das ações propostas, até a avaliação e o monitoramento dos programas e ações desenvolvidos, ou seja, na direção de uma gestão democrática e participativa.

4) Promover e divulgar uma nova cultura em Saúde do Trabalhador na região, denunciando e combatendo todos os tipos de injustiça social, com destaque para as desigualdades de gênero existentes nas relações de trabalho.

5) Reorganizar os processos de trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde, reafirmando-a como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado para todos os serviços de saúde, e garantindo a integralidade da atenção à saúde através do estabelecimento de fluxos adequados de referência e contra-referência com as equipes especializadas de suporte e matriciamento, ampliando as possibilidades de atuação na direção de uma clínica ampliada e de uma verdadeira integração entre as distintas especialidades e categorias profissionais.

6) Desenvolver estratégias de qualificação e educação permanente estimulando os profissionais e os gestores a incorporarem a perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em articulação com as demais

vigilâncias em saúde, permitindo o estabelecimento de nexos entre os agravos/doenças e os processos produtivos, alimentando os sistemas de informação e de registro oficiais, e subsidiando a transformação das condições ambientais e de trabalho geradoras de adoecimento.

7) Identificar e mapear os fatores de risco e de proteção à saúde da população trabalhadora existentes na estrutura e na dinâmica de relações existentes no território de atuação das equipes e das unidades de saúde, em todos os seus níveis de complexidade, atuando na minoração dos riscos e na valorização das estratégias protetoras.

8) Desenvolver, em todos os espaços da vida social, atividades e programas de promoção da saúde para toda a população da região, com estratégias diferenciadas voltadas aos trabalhadores e suas famílias, reconhecendo a sua inserção nos processos produtivos e no contexto sociopolítico da região.

9) Contratar novos funcionários e ampliar a equipe existente no CEREST municipal de Concórdia, propiciando o desenvolvimento de ações verdadeiramente multidisciplinares, por meio da realização de concursos públicos específicos para esta finalidade, bem como estimulando o surgimento de parcerias interinstitucionais que contemplem a participação das universidades situadas na região, e fornecendo garantias efetivas de que todos os profissionais sejam constantemente capacitados.

10) Desenvolver estratégias e políticas intersetoriais e interinstitucionais, de modo a integrar o CEREST com todos os demais órgãos relacionados à Saúde do Trabalhador na região (INSS, Ministério Público do Trabalho, sindicatos, Delegacias Regionais do Trabalho, etc.).

11) Investir na melhoria da infraestrutura e dos processos de trabalho das equipes da ESF e dos NASF, contemplando os mais diversos aspectos, tais como: estrutura física das unidades de saúde, materiais e insumos, medicamentos, procedimentos de diagnose e terapia, etc., levando em conta as demandas oriundas das equipes,

privilegiando as perspectivas qualitativas e a humanização dos serviços, sem prejuízo das ferramentas epidemiológicas e quantitativas de gestão.

12) Estimular a participação de todos os trabalhadores da ESF, dos NASF, do CEREST e da gestão municipal em estudos e pesquisas científicas, de iniciativa própria ou de instituições conveniadas, de modo a permitir o aperfeiçoamento das ferramentas e estratégias metodológicas de planejamento, execução e avaliação das ações de Saúde do Trabalhador, incluindo dados de parceiros externos ao setor saúde, e garantindo a divulgação dos resultados para todos os participantes.

13) Planejar e desenvolver estratégias e mecanismos específicos de promoção da saúde e prevenção dos adoecimentos dos trabalhadores do setor saúde, sem prejuízo das medidas terapêuticas e de reabilitação, valorizando o trabalho em equipe e a subjetividade de cada indivíduo, de modo permanente e a partir das reivindicações dos próprios trabalhadores da APS.

14) Incentivar a participação dos trabalhadores do setor saúde, em todas as suas vertentes e níveis de complexidade, em cursos e congressos de atualização profissional, priorizando o desenvolvimento de iniciativas internas (a partir das gestões municipais), e criando mecanismos de compensação da carga horária e de co-financiamento quando da realização de eventos externos, que garantam a inexistência de perdas salariais aos trabalhadores.

15) Estimular a participação democrática de todos os atores sociais nas instâncias de controle social, garantindo a participação e a representatividade de todas as classes trabalhadoras, inclusive do setor saúde, considerando a participação em tais atividades como efetivo exercício do cargo em horário de trabalho, ou com os respectivos mecanismos de compensação.

16) Fortalecer e qualificar o relacionamento entre os trabalhadores das unidades de saúde e os gestores municipais, valorizando e

aprimorando as potencialidades já constatadas (proximidade do contato e ferramentas de comunicação mediadas pela informática), e desenvolvendo novos mecanismos e canais formais e informais de comunicação e diálogo permanente entre os dois grupos, com garantia de devolutivas das demandas e reivindicações dos trabalhadores da APS.

17) Promover maior integração entre as equipes de Saúde Pública com os serviços especializados de medicina ocupacional das empresas, sobretudo aquelas que atuam em indústrias frigoríficas, na direção da formação de condutas consensuais, minimizando os atritos existentes e as interferências sobre os procedimentos adotados pelos profissionais da APS.

18) Fomentar o surgimento de estratégias de articulação dos serviços de Saúde Pública e dos serviços especializados de Medicina do Trabalho das empresas com todos os setores previdenciários do INSS (perícia médica, reabilitação profissional, Gerência Executiva, educação previdenciária, etc.), no sentido de estreitar os conceitos e condutas e minimizar os conflitos de interesse existentes, trabalhando todos em conjunto para a garantia dos direitos da população trabalhadora.

19) Oferecer e garantir a participação, de todos os trabalhadores com restrições temporárias ou permanentes em sua capacidade laboral, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho, em atividades e programas coletivos destinados à promoção da saúde e à prevenção do agravamento dos processos mórbidos, e estimulando o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de corresponsabilização entre usuários e equipes.

20) Promover atividades em grupo que visem promover a reinserção social e o retorno ao trabalho, de todos os trabalhadores acidentados e/ou adoecidos pelo trabalho, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho, por meio de estratégias terapêuticas que envolvam a capacitação para o trabalho e a mediação junto aos grupos empresariais para que a reintegração dos trabalhadores reabilitados seja compatível com as possíveis limitações residuais.

21) Incluir a Saúde do Trabalhador como temática prioritária em todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, e de todos os níveis de complexidade, que prestam serviços de atenção à saúde mental, tendo em vista a centralidade do trabalho para o desencadeamento de processos psicopatológicos.

22) Identificar na região instituições com potencial para o desenvolvimento de parcerias e efetivamente formalizar mecanismos de colaboração com as mesmas, estimulando o surgimento de ações promotoras da saúde mental e preventivas do sofrimento mental desencadeado pelos processos produtivos, estruturadas em um conjunto de medidas, coletivas e individuais, destinadas à educação, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação de distúrbios psiquiátricos e de comportamento, direta ou indiretamente relacionados ao trabalho, incluindo ações especificamente destinadas às dependências químicas (tabaco, álcool e outras drogas).

23) Fortalecer o papel do Estado na condução e regulação das questões sociais de interesse dos trabalhadores, de modo a combater a vigilância extremada e a interferência e exploração da vida social pelo agronegócio, atuando com firmeza e exemplaridade nas atividades de fiscalização e de punição de todas e quaisquer condutas que firam a dignidade da população trabalhadora.

24) Fortalecer os mecanismos e instrumentos legais já existentes, de fiscalização e monitoramento das condições ambientais em que o trabalho é executado, e investir no desenvolvimento de novos instrumentos que se fizerem necessários à consecução de tais objetivos, capacitando e instrumentando as equipes com todo o apoio necessário ao desenvolvimento de suas funções.

25) Exigir por parte das empresas, de todos os ramos e funções, mas com destaque para aquelas da cadeia frigorífica, a adoção de medidas realmente eficazes para a prevenção do adoecimento e das mutilações desencadeadas pelos processos produtivos, com investimentos diretos e robustos na promoção da saúde dos funcionários, e com o aperfeiçoamento e substituição das técnicas e equipamentos

defasados e que impõem riscos aos trabalhadores, sobretudo daqueles relacionados aos membros superiores e à coluna vertebral, reconhecidamente as maiores causas de afastamento do trabalho por morbidade ocupacional.

26) Desenvolver, em todos os municípios da região, estratégias alternativas de geração de emprego e renda, de ingresso no mercado de trabalho, e de aumento da arrecadação de impostos e divisas, no sentido de reduzir a histórica dependência econômica que os gestores e a população trabalhadora têm em relação às indústrias frigoríficas.

CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme se descreveu anteriormente, todo o arcabouço legal e normativo determina que, no Brasil, as ações e programas de Saúde do Trabalhador devem ser executados em todas as instâncias e níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, a partir dos mesmos princípios e diretrizes desse sistema, e tendo a Atenção Primária à Saúde (ESF/NASF) como porta de entrada preferencial e como coordenadora da integralidade dos cuidados prestados à população trabalhadora.

Segundo essas diretrizes norteadoras, estabelecer o território de atuação das equipes de APS como principal elemento de integração das ações e programas de assistência à saúde dos trabalhadores, bem como de prevenção de agravos e doenças ocupacionais, deve ser considerada como premissa fundamental na concepção de vigilância à saúde dos trabalhadores apresentada nesse trabalho.

A descentralização é compreendida, portanto, como uma condição absolutamente necessária para a democratização das gestões e do acesso aos serviços de Saúde do Trabalhador oferecidos, ao mesmo tempo em que contribui para dar maior efetividade e eficiência ao sistema de saúde como um todo, haja vista a proximidade do nível local com os verdadeiros problemas e necessidades da população em sua vida cotidiana.

Dessa forma, conceber a vigilância em saúde do trabalhador a partir das condições de vida e das questões ambientais localizadas no território, nos reporta para uma discussão primordial, que diz respeito à conformação em que esse ramo da Saúde Coletiva se estrutura nos tempos atuais.

Nesse sentido, Otani (2003) reflete que as Secretarias de Saúde de nível regional e central, até então com estruturas cristalizadas nos papéis de executoras dos serviços, passariam a ter a missão de atuar na normatização de condutas operacionais, estimulando o desenvolvimento de iniciativas intersetoriais, a capacitação dos recursos humanos, e a disseminação de conhecimentos técnico-gerenciais para as esferas municipais, em seus diferentes níveis de complexidade e formas de gestão, sugerindo para tanto que os municípios se associem preferencialmente na forma de consórcios regionalizados para a gestão do setor saúde.

Esta é também, citando Machado (1997), uma importante “estratégia local de superação do poder imperial de grandes empresas em relação ao poder público local, que as contextualizariam em uma ação

geral, tendo por base a racionalidade regional” (MACHADO, 1997, p.42).

Todavia, apesar de tais sugestões, e a despeito da regulamentação oficial ser bastante clara, a literatura especializada aponta que, na prática, com exceção de algumas iniciativas pontuais e fragmentadas, essas ações costumam ficar restritas aos centros de referência em saúde do trabalhador (CERESTs), que funcionam como verdadeiras “ilhas autônomas”, uma vez que vem ocorrendo na direção oposta do modelo político hegemônico e em confronto direto com os interesses do grande capital.

Seguindo essa linha de raciocínio, Mendes e Dias (1991) evidenciam que a inoperância, e a conseqüente insuficiência dos tradicionais modelos de Medicina do Trabalho e de Saúde Ocupacional, com foco na manutenção da produtividade, não se configura como fenômeno pontual ou isolado. Constitui-se, antes disso, em um complexo processo que, ainda que guarde uma correlação inquestionável entre as categorias saúde e trabalho, tem sua concepção e desenvolvimento condicionados por contextos políticos, econômicos e sociais mais amplos.

Por outro lado, considerando a multiplicidade de fatores que, de modo direto ou indireto, exercem influência sobre a saúde dos indivíduos e das populações, e levando-se em conta a centralidade do trabalho da determinação social dos processos saúde-doença, percebe-se que a viabilização de uma verdadeira rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador só será possível de ser concretizada mediante grandes investimentos em qualificações teóricas e tático-operacionais dos recursos humanos do setor saúde, com privilégio daquelas equipes que trabalham em serviços de APS.

Segundo essa perspectiva, a Saúde do Trabalhador considera a categoria trabalho como eixo central da organização de uma determinada sociedade. É reflexo, portanto, dos espaços de dominação e de submissão dos trabalhadores (inclusive os do setor saúde) pelo capital, ao mesmo em tempo que serve como *locus* estratégico de resistência e de constituição do fazer histórico da classe trabalhadora (MENDES e DIAS, 1991).

Os resultados desse estudo, porém, apontam para a existência de uma grande demanda por serviços de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, principalmente por patologias ortopédicas e psiquiátricas, permeada por inúmeras fragilidades na estrutura disponível e nos processos de trabalho das equipes.

Ademais, a dependência econômica dos municípios em relação aos grandes frigoríficos limita a autonomia dos gestores e dos profissionais, ao mesmo tempo em que a falta de articulação intersetorial compromete a funcionalidade do CIS-AMAUC como um todo.

Do ponto de vista político e institucional, é preciso progredir no desenvolvimento de ações intersetoriais e de relacionamento com todos os atores sociais interessados na temática. Só assim as novas concepções de Saúde do Trabalhador marcarão presença no conjunto de políticas públicas decisivas para a saúde das comunidades.

Ou seja, isso significa que, em outras palavras, citando novamente Machado e Porto (2003), “(...) a saúde da população encontra-se menos na rede assistencial e mais no modelo de desenvolvimento de um país ou região, que propicia ou não condições e recursos para que as pessoas vivam mais e bem” (MACHADO e PORTO, 2003, p.123).

Defende-se, pois, que se faz urgentemente necessário promover uma nova cultura em Saúde do Trabalhador na região da AMAUC, a partir do fortalecimento do papel do Estado como regulador e fiscalizador das ações relativas ao trabalho e à saúde, e com participação direta dos trabalhadores e de seus representantes em todas as etapas desse processo.

Como viabilizar tais recomendações? Essa parece ser uma pergunta cuja resposta ainda precisa ser construída, desconstruída, e reconstruída inúmeras vezes. Tantas vezes quantas forem necessárias para que a população trabalhadora assuma a condição de protagonista que lhe cabe nesse cenário.

Portanto, à guisa de conclusão, e para dar ênfase a todas as sugestões apontadas nesse estudo, faz-se questão de ressaltar que, por mais subjugados que possam estar, os trabalhadores nunca são completamente aniquilados como indivíduos e seres humanos. Ainda que seja empregada e explorada com vilania, infâmia e crueldade, a inteligência coletiva e o senso crítico da classe trabalhadora, por mais enfraquecidos que estejam, sempre continuarão a se constituir em ameaça (real ou potencial) aos interesses do grande capital.

No caso específico em análise, em que os trabalhadores do agronegócio do Oeste de Santa Catarina resistem com bravura à sociabilidade desumana que lhes é imposta, deixamos uma mensagem simbólica, nos moldes e ao gosto do grande Charles Chaplin, que com seus filmes e personagens inesquecíveis tanto nos tem inspirado:

“Trabalhadores dos frigoríficos, não sois aves, porcos ou máquinas; homens é o que sois”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, G. E. S. **Pra que Somar se a Gente Pode Dividir? Abordagens Integradoras em Saúde, Trabalho e Ambiente.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

ALMEIDA-FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Rev Bras Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.9-32, 2000.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e a promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.319-322, 2003.

ANDRADE, J. et al. Trabalho destruído e funcionalização do lazer: possíveis relações em tempos de alta modernidade. **Movimento**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.163-185, 2008.

Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense – AMAUC. Histórico da AMAUC. Disponível em: <<http://www.amauc.org.br/conteudo/?item=1679&fa=270&PHPSESSID=f11jlhrgfl4ni4hgghb7vs0rc4>>. Acesso em 30 set. 2011.

AYRES, I. B. S. J; NOBRE, L. C. C . Vigilância em saúde do trabalhador. In: BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. Centro de Estudos da saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador.** Salvador: EGBA, p.15-29, 2002.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

BENAVIDES, F. G. et al. Incidencia de incapacidad permanente em uma cohorte de trabajadores afiliados a la Seguridad Social, 2004-2007. **Gac Sanit.**, v.24, n.5, p.385-390, 2010.

BERG, B. L. **Qualitative research methods for the social sciences.** Long Beach: Pearson; 2004.

BOFF, M. B.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, p.337-342, 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova as Normas Regulamentadoras - NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 jul. 1978.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Leis Orgânicas da Saúde, n. 8.080/90 e n. 8.142/90**. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS**. Brasília, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, p.15-25, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. Portaria MS/GM Nº 3.120, de 19 de julho de 1998. **Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, jul. 1998a.

_____. Portaria MS/GM Nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, out. 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

_____. Consolidação das leis do trabalho. **Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho.** 104.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Portaria MS/GM Nº 1.679, de 20 de setembro de 2002. **Institui a RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. **Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** MTE, Brasília, mai. 2005b.

_____. **Lei nº. 11.107, de 6 de abril de 2005:** dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. 2005b. Disponível em: <<http://www.planalto.com.br>> Acesso em 21 Abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Nº 43, 4 de março de 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde,**

Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 17 de novembro de 2011.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.141-144, 1997.

BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, p.163-177, 2000.

CALDEIRA, G. G. **Inserção da Saúde do Trabalhador nas ações da Atenção Básica no Brasil: revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso, Teófilo Otoni: Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

CAMARGO, G. Quando o trabalho gera dor e sofrimento: Doenças laborais mutilam trabalhadores dos frigoríficos da avicultura e já são consideradas uma epidemia nacional. **Jornal Extra Classe**, Porto Alegre, v.15, n.143, p.4-6, 2010.

CAMPOS, S. M. **O processo de industrialização numa fronteira agrícola: o caso de Toledo, PR**. Dissertação de Mestrado, Toledo: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2007.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, p.287-307, 1997.

CÊA, G. S. dos S. **Interfaces entre trabalho, educação e saúde: revelações de um estudo sobre o processo de trabalho em frigoríficos**. In: 34^a Reunião Anual da ANPED: Educação e Justiça Social, Natal, 2011.

CÊA, G. S. dos S.; MUROFUSE, N. T. **Processo de trabalho em frigoríficos e a constituição de novas sociabilidades na luta coletiva pela saúde do trabalhador.** In: VII Seminário do Trabalho: Educação, Trabalho e Sociabilidade, 2010, Marília. Anais do VII Seminário do Trabalho: Educação, Trabalho e Sociabilidade. Marília: RET, 2010. p. 1-19.

CHAVES, S. C. L. et al . Determinantes da implantação de um programa de segurança e saúde no trabalho. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.25, n.3, 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.

CIS-AMAUC. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense. **Estatuto Social.** 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para atuação do(a) psicólogo(a). Brasília: CFP, 2008.

DALLA COSTA, A. Contratos, novas tecnologias e produtividade do trabalho entre os avicultores do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Inovação**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.313-340, 2008.

DANELUZ, S. F. C. **Reabilitação profissional – um olhar interdisciplinar e interinstitucional na atenção integral à saúde do trabalhador.** Dissertação de Mestrado, Itajaí: Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, 2011.

DELWING, E. B. **Análise das condições de trabalho de uma empresa do setor frigorífico a partir de um enfoque macroeconômico.** Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

DIAS, E. C. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?** Tese de Doutorado,

Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p.2061-2070, 2009.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. dos S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.137-148, 2011.

ESPÍNDOLA, C. J. Tecnologia e novas relações de trabalho nas agroindústrias de carne do Sul do Brasil. **Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 06, n.119, 2002. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-85.htm>>. Acesso em 29 de julho de 2012.

FACCHINI, L. A. Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma aproximação prática. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.1, n.20, p.49-56, 2006.

FARIA, L. S.; BORTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.789-795, 2010.

FETTERMAN, D. M. Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Practice. In: FETTERMAN, D. M.; KAFTARIAN, S. J.; WANDERSMAN, A. (Orgs.) **Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-assessment and Accountability**. Califórnia: SAGE, 1996.

GEMELLI, D. D. **Mobilidade territorial do trabalhador como expressão da formação do trabalhador para o capital: Frigorífico de Aves da Copagril de Marechal Cândido Rondon/PR**. Dissertação de Mestrado,

Francisco Beltrão: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2011.

GUBA, E. S.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

GUIMARÃES, R.; NESPOLI, G.; SILVA, E. Considerações sobre a prática da saúde do trabalhador em busca do SUS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.779-794, 2008.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HAYATI, D.; KARAMI, E.; SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. **Social Indicators Research**, v.75, p.361-394, 2006.

HECK, F. M. Território de degradação do trabalho: **os impactos na saúde dos trabalhadores da Sadia em Toledo (PR)**. In: XVII Encontro Nacional de Geógrafos. Anais. Belo Horizonte, 22 a 28 de jul. de 2012. Disponível em: <<http://www.eng2012.org.br/>>. Acesso em 29 de julho de 2012.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.31, p.343-355, 2009.

KATSURAYAMA, M. O profissional de saúde na Atenção Primária: uma metassíntese. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.3, p.159-165, 2011.

LACAZ, F. A. de C.; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p.2123-2134, 2009.

LAMAS, A. E. et al. Modelo de atenção e saúde dos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos dentistas da rede básica de Florianópolis (SC) na atenção à saúde dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.6, n.2, p.115-122, 2009.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social**, Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2. 2004, p. 115-130.

LIMA, A. P. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1998.

LIMA, A. L. F. Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de atuação suprainstitucional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.34, n.119, p.67-78, 2009.

LIMA, M. G. F. et al. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.163-173, 2005.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: alguma considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.6, n.1, p.93-104, 2007.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.771-778, 2008.

LOURENÇO, E. A. de S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.32, n.115, p.121-134, 2007.

MACHADO, J. M. H. **Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

_____. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília/DF, v.12, n.3, p.121-130, 2003.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.16, n.2, p.53-58, 2009.

MASSON, L. P.; BRITO, J. C.; SOUZA, R. N. P. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.4, p.68-80, 2008.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p.543-545, 2009.

MATTOS, P. L. C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.4, p.823-847, 2005.

MENDES, K.; BRASIL, V. P. Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família no Município de Florianópolis, SC. Monografia de Especialização, Florianópolis: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.32, n.115, p.153-163, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **Ciência, técnica e arte**: o desafio da pesquisa social. Petrópolis: Vozes; 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª. ed São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

_____. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO MCS, Deslandes SF. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, p.83-107, 2002.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção de campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p.21-32, 1997.

MIOTO, R. C. T. A perícia social: proposta de um percurso operativo. **Serviço Social e Sociedade.** n. 67, Especial Temas Jurídicos. São Paulo: Cortez, 2001.

MONTEIRO, M. S. et al. O ensino de vigilância á saúde do trabalhador no curso de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v.41, n.2, p.306-310, 2007.

MORGAN, D. **Focus Group as qualitative research.** London: Sage Publications, 1997.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1661-1672, 2007.

NEVES, R. F.; NUNES, M. de O. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.,** v.13, n.30, p.55-66, 2009).

NOBRE, L. C. C. A prática atual de saúde do trabalhador – nós críticos. In: **Encontro nacional de saúde do trabalhador.** Anais (Mesa Redonda) Brasília, 16 a 18 de jun. de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

OLIVEIRA, P. R. A. Segurança e Saúde no Trabalho – SST e a Previdência Social: a nova metodologia de financiamento dos benefícios acidentários. **Informe de Previdência Social,** v. 16, n. 6, p.1-8, 2004.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, 1997.

OLIVEIROS, D. et al. Características clínicas de lós pacientes que consultam a la clínica de dolor crónico Del Hospital Militar Central, histórico de 20 años. **Rev. Fac. Med**, Bogotá, v.19, n.1, p.102-111, 2011.

OTANI, K. Rede de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.86-97, 2003.

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

QUANDT, F. L. **Avaliação da efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região do Alto Uruguai Catarinense – CIS/AMAUC**. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

QUINTINO, N. D. **Vigilância em saúde dos trabalhadores: potencialidades da matriz FPEEEA**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

RAMOS, P. (org.). **Dimensões do agronegócio brasileiro: políticas, instituições e perspectivas**. Brasília: MDA, 2007.

REINHARDT, E. L.; FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.25, n.5, p.411-417, 2009.

ROCHA, A. V. F. **Consórcios Intermunicipais: complemento para a municipalização da saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2004.

RODRIGUES, P. F. V.; BELLINI, M. I. B. Saúde do trabalhador e as repercussões do adoecimento e acidente de trabalho: um estudo sobre as

expressões de trauma e violência na vida do trabalhador e de sua família. In: **V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS**. Anais. Porto Alegre, 09 a 12 de ago. de 2010. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. **Res Nurs Health**, New York, v.20, n.4, p.365-371, 1997.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.6, p.1004-1012, 2006.

SANTANA, V. S. et al. A utilização de serviços de saúde por acidentados de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.32, n.115, p.135-143, 2007.

SARDÁ, S. E.; RUIZ, R. C.; KIRTSCHIG, G. Tutela jurídica dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.16, n.2, p.59-65, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA – SES/SC. **Caderno Catarinense de Saúde do Trabalhador para a Rede de Atenção Básica**. Florianópolis/SC, 2008.

_____. **Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br/gestores/...saude/.../Consortorios Intermunicipais.ppt](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/...saude/.../Consortorios%20Intermunicipais.ppt)> Acesso em: 20 de julho de 2011.

SERVO, M. L. S.; ARAÚJO, P. O. O estresse e o processo de trabalho de supervisão da enfermeira de unidade de saúde da família: uma revisão teórica. **Diálogos & Ciência – Revista da rede de Ensino FTC**, Salvador, ano V, n.10, 2007.

SEVERO, L. W. **O circo de horrores da Cargill**. Instituto Observatório Social. Biblioteca Virtual, p.41-44, 2009.

SIANO, A. K. et al. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.34, n.4, p.135-242, 2008.

SILVA, G. R. **Dinâmica espacial do trabalho fabril e a relação com a pobreza em cidades do Oeste Paranaense**. Dissertação de Mestrado, Francisco Beltrão: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2010.

SOUZA, N. S. S. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.4, p.630-638, 2008.

SPADACIO, C. *et al.* Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.7-13, 2010.

STÜRMER, B. C. et al. Os possíveis estressores no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família de Florianópolis. In: BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S. (Orgs.) **A formação em Saúde da Família**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.

VASCONCELOS, F. D. Uma visão crítica do uso de padrões de exposição na vigilância da saúde no trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.588-599, 1995.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: Subciência ou Subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p.1105-1115, 2006.

VASCONCELLOS, M. C.; PIGNATTI, M. G.; PIGNATI, W. A. Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p.662-672, 2009.

WALSH, D; DOWNE, S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.50, n.2, p.204-211, 2005.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.149-156, 2004.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Sistema de Informação para a ação: subsídios para a atuação prática dos programas de saúde dos trabalhadores a nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.136-148, 1993.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

ZIMMER, L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.53, n.3, p.311-318, 2006.

APÊNDICE 1 - DIÁRIO DE CAMPO

Conforme combinado previamente, os primeiros dados foram coletados junto aos responsáveis pela gestão dos serviços públicos de saúde no Município de Concórdia, sede do maior hospital da região e com grande fluxo de pacientes provenientes de outras cidades de menor porte, servindo de referência para os municípios circunvizinhos. Neste momento, foram entrevistados a Diretora de Saúde do município e dois Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família. Infelizmente, por incompatibilidade de agendas, a responsável pela pasta municipal da saúde (Secretária de Saúde) não estava disponível para participar do estudo.

Logo de início, fomos informados que o cronograma estabelecido precisaria sofrer alterações, pois inicialmente estava previsto que a tarde de terça-feira seria dedicada à coleta de dados nas 11 Unidades de ESF do município, mas essa tarefa só seria cumprida no dia seguinte. Por outro lado, uma notícia nos reconfortou. O responsável pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) municipal, além de aceitar ser entrevistado, também seria nosso guia pela cidade de Concórdia, nos apresentando às equipes de cada ESF e participando efetivamente da interlocução com os entrevistados.

Assim, de modo natural, o tema da Saúde do Trabalhador foi trazido à tona, e os três gestores fizeram questão de enfatizar que o município de Concórdia dispõe, inseridos em sua estrutura organizacional, de dois órgãos diretamente envolvidos com a saúde dos trabalhadores. O primeiro deles – CEREST – estaria de portas abertas para nos receber, enquanto que o segundo – por se tratar de um serviço destinado especificamente à saúde dos servidores municipais – não estaria disponível para contatos e coleta de dados.

Ainda que tenhamos nos ressentido de não poder contar com a visão desse órgão, só mais tarde teríamos a real noção de quão importante informação estávamos perdendo, uma vez que nas entrevistas e grupos focais que se sucederam, com os profissionais das equipes de ESF e de NASF, uma das principais queixas e fragilidades apontadas era exatamente a saúde dos trabalhadores da saúde, referida por muitos como a “saúde de quem cuida”.

Ademais, ainda que os gestores de Concórdia tenham feito questão de enaltecer sua estrutura organizacional diferenciada para lidar com a Saúde do Trabalhador, ao mesmo tempo deixam claro que, na prática, não existe uma articulação entre esses serviços de referência e as

equipes de ESF e NASF. Portanto, ainda que seja louvável a criação de um CEREST e de um serviço de saúde dos servidores, ambos municipais, sua efetividade nos pareceu bastante limitada, dadas às estruturas cristalizadas que dificultam a capilaridade das ações de Saúde do Trabalhador.

Por outro lado, estes mesmos gestores reconhecem que a temática em questão é absolutamente estratégica não apenas para Concórdia, mas para toda a região da AMAUC, assumindo uma posição de centralidade no cotidiano dos serviços de saúde da ESF. Segundo os entrevistados, isso ocorre justamente pelo fato de que a agroindústria, e particularmente os grandes frigoríficos, são o principal motor da economia loco-regional e, paralelamente, a mais significativa fonte de demandas para as equipes da ESF e do NASF.

Outros aspectos que nos chamaram a atenção foram a ausência de qualquer menção à existência de iniciativas de capacitação profissional em ST oferecida aos trabalhadores da ESF, bem como o desconhecimento do arcabouço legal que disciplina as ações e serviços de ST no âmbito do SUS. Ou seja, não apenas os profissionais da ponta, mas também os gestores carecem da criação de programas de educação continuada.

Ainda na manhã de terça-feira, após coletar os dados junto aos gestores municipais de Concórdia, nos dirigimos ao CEREST municipal, onde foi realizado um grupo focal com o coordenador daquele órgão (sociólogo), além de duas técnicas de enfermagem.

Esclarece-se aqui que não houve possibilidade de escolha de quais categorias profissionais fariam parte desse grupo focal, pois esta é a equipe completa do CEREST de Concórdia. Aliás, logo no início do GF os três participantes destacaram que esta equipe reduzida e incompleta se constitui no principal limitador em sua efetividade, percebendo como necessárias as contratações de um médico, uma enfermeira, um psicólogo, um fisioterapeuta e aos menos um estagiário para assessoramento em questões burocráticas.

Ademais, também houve destaque para a necessidade de maiores recursos financeiros para a aquisição de equipamentos e para a contratação de consultorias, destinados à análise dos dados estatísticos e epidemiológicos disponíveis no CEREST, informações estas que poderiam subsidiar a formulação de novos programas e estratégias voltados à promoção da saúde dos trabalhadores.

De acordo com o dirigente da entidade, com vasta experiência em movimentos sindicais e de militância política, os maiores entraves

ainda se encontram nas dificuldades de convencimento aos gestores de que esses recursos devem ser considerados como investimentos estratégicos, e não como gastos adicionais.

Sobre a demanda, os funcionários do CEREST reconhecem que a agroindústria é o carro-chefe, não apenas pelo elevado número de acidentes de trabalho e moléstias profissionais (com destaque para lesões de ombro por movimentos repetitivos) diretamente relacionados à linha de produção dos frigoríficos, mas também pela infinidade de outras empresas e atividades profissionais diretamente envolvidos com a mesma cadeia produtiva (trabalhadores de câmaras frias, mecânicos, almoxarifes, estoquistas, transportadores, motoristas de caminhão, pequenos granjeiros, produtores de ração, entre outros).

Outro aspecto relevante é aquele pertinente à integração do CEREST junto às equipes de ESF e NASF. De acordo com o GF, essa integração é praticamente nula, de tal modo que percebem o CEREST como um órgão isolado dentro da estrutura organizacional do município.

Por fim, os entrevistados chamam a atenção para as dificuldades de relacionamento com o órgão oficial da previdência social, INSS, identificando esse órgão como um obstáculo adicional a ser transposto, criador de significativas barreiras ao bom desenvolvimento dos trabalhos do CEREST.

Em seguida, após um rápido almoço, e uma vez que o cronograma precisou ser alterado de imprevisto, não sendo possível coletar os dados das equipes de ESF de Concórdia naquela tarde, precisamos encontrar uma alternativa para a utilização do exíguo e precioso tempo.

Após novas negociações, nos deslocamos até a pequena cidade de Peritiba, com cerca de 3.000 habitantes. Nesse município, foi realizado um grupo focal com o único médico da ESF municipal, além de duas enfermeiras da mesma equipe. Adicionalmente, realizamos uma entrevista individual com uma psicóloga que atua paralelamente no NASF e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Na entrevista com a psicóloga, a questão da Saúde do Trabalhador assume lugar de destaque, de tal modo que esta profissional considera que a principal demanda do seu trabalho está relacionada à existência de agravos psicossociais relacionados ao trabalho e aos processos produtivos, sobretudo naqueles casos em que há necessidade de pareceres técnicos para finalidades previdenciárias, visando a obtenção de benefícios junto ao INSS.

Aqui é importante destacar que o município de Peritiba (cidade das palmeiras), colonizado por levas de imigrantes alemães e italianos que inicialmente se fixaram no Rio Grande do Sul e posteriormente se disseminaram por toda a região oeste de Santa Catarina, tem sua economia alicerçada sobre a agricultura familiar em pequenas propriedades.

Todavia, também em Peritiba se percebe a influência e o poderio dos grandes grupos econômicos que controlam as ações dos frigoríficos, pois grande parte da produção de grãos é destinada à alimentação das aves e suínos anteriormente ao abate, ao mesmo tempo em que existem inúmeras pequenas granjas unifamiliares “amarradas” às grandes indústrias por meio de contratos de exclusividade.

Além disso, ainda ocorre uma espécie de êxodo em direção a Concórdia e Seara, cidades que oferecem mais oportunidades de emprego. Aliás, esse é um aspecto que merece ser ressaltado. De acordo com grande parte dos entrevistados, em todos os municípios visitados, os processos de seleção dos frigoríficos é algo bastante peculiar, pois, diferentemente do que ocorre em outros locais do país, na região da AMAUC existe uma permanente carência de mão-de-obra.

Nesse sentido, muitos entrevistados descrevem ter presenciado situações em que as empresas enviam equipes de recrutamento para as cidades vizinhas, visitando até as comunidades mais isoladas e distantes, na tentativa de lotar um ou mais ônibus com novos funcionários. Não raro abordam inclusive as comunidades indígenas.

De acordo com as entrevistas, esse excedente de postos de trabalho está diretamente relacionado à má qualidade dos mesmos, com vínculos precários e condições de trabalho tão degradantes que as pessoas permanecem por pouco tempo nos empregos. Em geral, ainda de acordo com o conteúdo apreendido, esses indivíduos adoecem em razão das condições de trabalho a que são submetidos, sendo então descartados e periodicamente substituídos por uma nova legião de desempregados, sedentos por uma nova chance de reinserção no mercado de trabalho.

Aos recém demitidos, as opções também são muito limitadas, e o perfil preponderante é o seguinte: raramente conseguem amparo suficiente para desfrutarem de benefícios previdenciários como o auxílio-doença e a reabilitação profissional, por não se enquadrarem nos critérios técnicos de incapacidade laborativa do INSS.

Contraditoriamente, esses mesmos indivíduos, quando procuram retomar suas atividades laborais e se submetem a novos processos seletivos, relatam que a maior dificuldade está em serem considerados

aptos durante os exames médicos admissionais. Muitas vezes, apenas a constatação de que já foram anteriormente funcionários de frigoríficos, já é motivo suficiente para se tornarem inelegíveis ao emprego.

Voltando à Peritiba, também no grupo focal houve destaque para a questão da Saúde do Trabalhador. Segundo o médico, que além da ESF atua também no único hospital municipal, são frequentes os casos de acidentes de trabalho, com a necessidade de realização de pequenos procedimentos cirúrgicos (tais como suturas). Porém, esse profissional reconhece, com concordância da equipe, que raramente é emitido o documento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Outro aspecto relevante, ainda de acordo com o grupo focal de Peritiba (e mais tarde confirmado nos demais GF e EI), é a absoluta inexistência de estratégias diferenciadas para atendimento da população trabalhadora. Com exceção do hospital municipal, os serviços de saúde tem seu expediente no tradicional horário comercial, dificultando o acesso das pessoas que nestes horários estão “presos” em seus locais de trabalho.

Desse modo, encerramos as atividades da terça-feira, riquíssima de informações, e nos dirigimos de volta à nossa base em Concórdia, a fim de descansarmos o corpo e a mente para as atividades do dia seguinte, que prometiam ser de grande intensidade, exigindo dedicação em tempo integral.

Para dois moradores do litoral, o frio da manhã de quarta-feira se constituiu em dificuldade adicional, mas pontualmente, conforme combinado, chegamos às 07:30h ao CEREST municipal de Concórdia, onde fomos buscar o diretor daquele órgão, nosso guia e facilitador.

Em seguida, nos dirigimos até a Unidade de Saúde da Família do Bairro Estados, onde às 08:00h iniciamos a entrevista individual com a Enfermeira responsável pela equipe de ESF local. É importante destacarmos que Estados é um bairro que se desenvolveu no entorno de uma das maiores empresas frigoríficas de todo o planeta, a Sadia® (atualmente controlada pelo capital internacional, após a fusão com a Perdigão® – resultando na Brasil Foods®).

Desse modo, a população residente no bairro se constitui principalmente de empregados da linha de produção desta empresa, e de acordo com a EI, toda a vida cotidiana das pessoas gira em torno da Sadia®. Segundo os relatos, neste e em outros bairros da cidade esta empresa exerce influência e vigilância constante sobre a vida dos funcionários, em um processo extremado que limita as mais diversas

atividades sociais (esporte, lazer, cultura, busca por serviços de saúde, comércio) dos indivíduos e das famílias.

Em alguns casos, esse processo de vigilância é tão extremado, e tão bem inculcado na estrutura e no clima organizacionais, que os próprios funcionários passam a controlar rigorosamente os horários e as atividades não apenas próprias, mas também dos colegas, tornando-se fiscais de si próprios, lembrando o clássico panóptico descrito por Jeremy Bentham e tão bem estudado por Foucault.

Na entrevista com a enfermeira, a Saúde do Trabalhador é uma temática e uma demanda diária e recorrente nos serviços da equipe de ESF local. De acordo com a entrevistada isso se deve a alguns motivos muito importantes. Em primeiro lugar, destaca-se que a cidade de Concórdia é local e regionalmente conhecida pelo apelido de “Cidade do Trabalho”. As propagandas nesse sentido, promovidas pelo poder público e pelas empresas da região há várias décadas, são tão intensas, que as pessoas do lugar incorporaram esse slogan como um objetivo de vida.

Ainda segundo a entrevistada, a principal demanda por serviços de saúde na ESF é composta por indivíduos jovens, no auge da capacidade produtiva, e que geralmente procuram atendimento em decorrência de dores (destaque para lombalgias e ombralgias) e distúrbios psiquiátricos (depressão, ansiedade, transtorno de pânico, etc.) relacionados ao trabalho.

De um modo geral relatam que, em virtude das condições de trabalho desfavoráveis, com movimentos repetitivos, em ambiente muito frio e sob vigilância extremada, acabam adoecendo ainda no primeiro ano de vínculo com a empresa. Aliás, segundo a entrevistada, o tempo médio de permanência dos funcionários das linhas de produção nos respectivos cargos gira em torno de 08 meses, sendo posteriormente substituídos por uma nova legião de desesperados.

Em decorrência da infinidade de demandas relacionadas aos processos de adoecimento pelo trabalho nos frigoríficos, a entrevistada afirma que a empresa citada é “uma máquina de produzir aleijados”, de tal modo que rotineiramente os trabalhadores “vem pedir socorro e são medicados”. Destaca ainda que essas pessoas são “os futuros inválidos e depressivos”.

Outro aspecto a ser destacado é a convicção de que faltam estratégias e espaços para promover a saúde da população de um modo geral, e dos trabalhadores em particular. Um agravante é o relato de que os profissionais não têm acesso ao Conselho Municipal de Saúde. A

própria entrevistada diz que, no passado, tentou implantar um Conselho Local de Saúde em seu bairro, mas foi “impedida por motivos políticos”.

A segunda USF visitada em Concórdia foi a do Bairro Nações, onde realizamos um grupo focal com médico e enfermeira da ESF. Nações é um bairro um pouco mais afastado do centro da cidade, e à primeira vista sob menor influência do grande frigorífico. Todavia, essa impressão se esvaneceu tão logo iniciamos o GF. De acordo com os participantes, também esta USF é diretamente afetada pelos processos produtivos do agronegócio, de tal modo que a questão da ST é objeto de atendimentos clínicos diários.

De acordo com os entrevistados, as principais queixas dos pacientes, durante as consultas médicas e/ou de enfermagem, está relacionada à existência de múltiplas dores, sobretudo lombares e em membros superiores (com destaque para as articulações dos ombros), além dos quadros de adoecimento mental relacionado aos processos de trabalho.

Nesse sentido, uma informação que surgiu durante o grupo focal nos chamou a atenção, e merece ser destacada. De acordo com os relatos, o médico da USF Nações já foi funcionário da empresa Sadia®, lá trabalhando por longo período, mas acabou solicitando seu desligamento por questões ideológicas (termo usado pelo próprio entrevistado).

Solicitado a discorrer mais sobre essa experiência, e sobre quais questões ideológicas seriam estas, motivadoras da ruptura do vínculo empregatício, o médico respondeu que preferia permanecer em silêncio sobre o assunto, por medo de sofrer represálias.

Portanto, a impressão inicial surgida na USF visitada anteriormente, de que o grande frigorífico exerce uma espécie de vigilância desenfreada sobre todos os aspectos da vida social em Concórdia, novamente aqui toma corpo, embora com uma faceta mais perversa, pois mesmo após muitos anos de seu efetivo desligamento da empresa, e a despeito da garantia de confidencialidade dos dados, o médico entrevistado ainda não se sentia seguro para abordar esse assunto na presença dos pesquisadores.

Por fim, mas não menos importante, os entrevistados destacam que entre as principais fragilidades de sua rotina de trabalho, estão a ausência de integração multiprofissional para a resolução de demandas, bem como a absoluta inexistência de iniciativas e estratégias direcionadas à promoção da saúde e à prevenção do adoecimento dos próprios profissionais da saúde.

A próxima Unidade de Saúde da Família visitada em Concórdia foi a do bairro Nazaré. Assim como o bairro anterior, Nazaré nos pareceu, a princípio, também ter se desenvolvido sem sofrer grandes influências do grande frigorífico. Contudo, novamente aqui a impressão não passou dos primeiros minutos da coleta de dados.

Nesta USF, realizamos um grupo focal com médico e enfermeira da ESF, e a temática da Saúde do Trabalhador veio à tona com naturalidade e já nos momentos iniciais, quando os entrevistados afirmam que esta questão não apenas é fonte de grande parte de suas demandas de trabalho, mas também uma importante fonte de estresse ocupacional para os próprios trabalhadores da saúde.

Segundo os relatos, o relacionamento entre os profissionais da ESF e aqueles do setor de saúde das empresas está extremamente deteriorado, sobretudo em virtude das múltiplas interferências destes últimos (diretas e indiretas) sobre as condutas do médico e da enfermeira da USF, relacionadas, principalmente, aos casos com necessidade de afastamento do trabalho. Entre todas as falas, aquela que recebeu maior ênfase por parte dos entrevistados, foi a seguinte: “Os nossos atestados são constantemente contestados e desqualificados pelos médicos das empresas”.

Interpelados sobre a possibilidade de negociação nesse processo, com vistas à minimizar as interferências em condutas clínicas, o médico e a enfermeira explicaram que por diversas vezes tentaram estabelecer contato com os setores médicos das empresas, sobretudo do grande frigorífico (maior gerador de demandas), resumindo o seu (in)sucesso do seguinte modo: “As empresas são muito fechadas, e nunca conseguimos acesso a elas”.

Em relação aos contatos dos profissionais da ESF com os gestores municipais da saúde de Concórdia, o consenso que emergiu do grupo focal foi que a interlocução se dá através do ocupante do cargo de Coordenador da ESF, para quem se dirigem as solicitações por melhorias e/ou mudanças relacionadas aos processos de trabalho da equipe. Contudo, os entrevistados concordam que, a despeito da existência de um canal formal de comunicação, as demandas da equipe ficam “sem controle, meio perdidas, e muitas vezes sem nenhum retorno”.

Os integrantes do GF destacam, ainda, que não há participação dos profissionais da ESF no Conselho Municipal de Saúde, e atribuem esse fato à ausência de convites formais e à absoluta inexistência de mecanismos de gestão que permitam sua participação sem o

comprometimento das agendas. Explicam que, caso a equipe resolva participar, por iniciativa própria, das reuniões do CMS, não haverá liberação de ponto, e tanto a carga horária quanto a produtividade terão que ser compensadas *a posteriori*.

Em razão de tais dificuldades, os membros da equipe demonstram haver pouco ou nenhum interesse de sua parte na participação dessa instância de controle social. Reconhecem, também, que existem diversos indivíduos com funções de liderança comunitária no bairro, e que os mesmos participam ativamente do CMS. Porém, não há mecanismos de articulação entre tais lideranças e a equipe de ESF local.

Após o término da coleta de dados na USF Nazaré, nos dirigimos até o Bairro Vista Alegre, onde realizaríamos o último grupo focal daquela manhã, também com a participação de médico e enfermeira da ESF. Logo no início da coleta de dados, os participantes se apresentaram e descreveram suas trajetórias profissionais, e aqui já surgia uma característica que distingue essa USF das demais visitadas. Ambos os membros da equipe (médico e enfermeiro), possuem formação acadêmica em nível de Pós-graduação na área de Saúde do Trabalhador.

Uma vez que possuem formação específica sobre essa temática, os integrantes do GF se mostraram sempre dispostos a abordá-la, reconhecendo que a ST se constitui em uma das principais demandas de trabalho da equipe. De acordo com os relatos, a maior parte dos casos está relacionada a lesões de membros superiores em trabalhadores da agroindústria, principalmente naqueles empregados da SADIA[®].

Entre as principais virtudes de seu trabalho com essa população específica (trabalhadores), os membros da equipe destacam a facilidade do acesso. Segundo os entrevistados, apesar de o grande frigorífico trabalhar 24 horas por dia, em turnos ininterruptos, a flexibilidade de horários e agendas dos profissionais permite que os trabalhadores acessem a USF em diferentes períodos, e mesmo quando as agendas já estão lotadas, esses casos de doenças ocupacionais são tratados como prioridade, tendo seu atendimento garantido.

Até aquele momento, portanto, a USF do Bairro Vista Alegre foi a única que demonstrou haver uma estratégia diferenciada para o atendimento da população trabalhadora. Deve-se considerar, também, que esse bairro é um dos mais carentes da cidade, e que a USF local é uma daquelas com condições mais precárias de atendimento (aspecto ressaltado por profissionais de outras USF que ali já trabalharam

anteriormente). Nos parece claro, pois, que a formação acadêmica na área é um aspecto que contribui de modo singular para o sucesso dessa equipe na lide com a temática da Saúde do Trabalhador.

Todavia, também existem deficiências e dificuldades na lide com essa questão, segundo os entrevistados. De acordo com os mesmos, a integralidade dos cuidados parece estar comprometida, “pois há grande demora para a realização de alguns exames complementares, e atraso nos encaminhamentos e processos ligados ao INSS”.

Destaca-se, ainda, que o relacionamento da equipe de ESF com os profissionais responsáveis pelo setor de saúde das empresas é bastante conturbada, com frequente contestação de condutas, sobretudo aquelas relacionadas aos casos com necessidade de afastamento do trabalho, quando se faz necessário a emissão de atestados médicos.

Ademais, quando os pacientes são encaminhados pelo médico da ESF para o setor de saúde da empresa, com a solicitação formal de informações sobre os processos de trabalho e a sua relação com os adoecimentos, não existe contra-referência por parte dos médicos das empresas, de tal modo que o retorno das informações é trazido pelos próprios trabalhadores, quando retornam para novas consultas na USF. Entre inúmeros aspectos, destaca-se a culpabilização do próprio trabalhador pelo seu adoecimento. Segundo seus relatos, os médicos do trabalho das empresas imputam as lesões de membros superiores, por exemplo, ao fato de os pacientes andarem de moto ou trabalharem em pequenas hortas em suas casas.

No que tange o relacionamento da equipe de ESF com a gestão municipal, os participantes do GF concordam que existe um canal sempre aberto para levar as demandas da unidade até os gestores centrais. Relatam a existência de reuniões formais na secretaria de saúde, além de contato direto com a Coordenação da ESF e, se necessário, com a própria secretária de saúde do município.

Por outro lado, quando instigados a falar sobre o controle social, tanto o médico quanto o enfermeiro ressaltam que não participam com regularidade das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, e justamente pelo motivo de não serem formalmente convidados. Relatam, inclusive, que mesmo que os profissionais desejem, sua participação é muito difícil, pois as reuniões costumam ocorrer em horário de trabalho, e não há liberação do ponto nem mecanismos de compensação da carga horária.

Ainda no que diz respeito às instâncias de controle social, também em Vista Alegre a equipe de ESF reconhece que a comunidade

é bastante organizada e participativa. Apesar da inexistência de Conselho Local de Saúde no bairro, destacam que existem inúmeras lideranças que ali residem e que exercem influência em todo o município, inclusive com a presença de alguns vereadores. Não há, contudo, estratégias ou mecanismos de aproximação e interlocução dessas lideranças com a equipe de ESF.

Após um breve intervalo para o almoço, nos deslocamos para a Unidade de Saúde da Família do bairro Jacob Biezu, também conhecido como Km 100, por estar localizado às margens do quilômetro de número 100 de uma importante rodovia situada em uma zona mais afastada do centro da cidade. Nesta USF realizamos um grupo focal com médico e enfermeira da ESF.

De acordo com os participantes, a temática da Saúde do Trabalhador se constitui na principal demanda por atendimentos nos serviços municipais da Atenção Primária à Saúde. A maior parte dos usuários trabalha na agricultura (produzindo grãos para a fabricação de ração para frangos e suínos) ou em oficinas mecânicas (consertando carros, caminhões e câmaras frias para os frigoríficos).

Em relação aos atendimentos prestados, a equipe destaca a infinidade de lesões traumáticas (cortes, contusões, fraturas, etc.), com necessidade de pequenos procedimentos cirúrgicos, além de uma enormidade de queixas álgicas relacionadas a posturas inadequadas e/ou sobrecargas de trabalho, como as lombalgias e as lesões de ombro e cotovelo.

Quanto às dificuldades e fragilidades da equipe de ESF para o atendimento dos trabalhadores, tanto o médico quanto o enfermeiro se queixam da pouca autonomia para a tomada de decisões e de condutas com necessidade de afastamento do trabalho. Segundo os entrevistados, o setor empresarial é “muito fechado em relação a atestados”, e rotineiramente “os médicos do trabalho das empresas contestam a conduta dos médicos da ESF, não reconhecendo a legitimidade e a validade dos atestados médicos emitidos pela equipe”.

Destaca-se, ainda, que os profissionais da ponta conseguem encaminhar suas demandas até a gestão municipal, mas, de um modo geral, raramente ocorre o retorno das solicitações. Relatam que os gestores prezam apenas pelo aspecto quantitativo da produtividade, sem dar a necessária atenção à qualidade dos serviços e à sobrecarga de trabalho das equipes de ESF.

Sobre as instâncias de controle social, ambos os membros da equipe não participam do Conselho Municipal de Saúde, nem

demonstram ter interesse em fazê-lo, justificando suas respostas pela inexistência de convite formal e de mecanismos de liberação do ponto para comparecimento às reuniões.

Por outro lado, a equipe relata que existe um usuário desta USF, morador e comerciante de um bairro interiorano, que participa ativamente como representante da comunidade em temáticas relacionadas à saúde, servindo de interlocutor entre a equipe de ESF e os demais usuários, mas mesmo este líder não costuma frequentar as reuniões do CMS.

Por fim, os participantes do GF chamaram a atenção para a sobrecarga de trabalho a que estão submetidos cotidianamente, sendo frequente que membros da equipe se encontrem afastados por problemas de saúde ocupacional. Como exemplo, citam o caso de uma odontóloga, que se encontra afastada do trabalho há mais de um ano, em decorrência de lesão de membros superiores ocasionada por esforço repetitivo.

Em seguida, retornamos até a área central de Concórdia, onde realizamos uma Entrevista Individual com a médica da ESF da unidade do bairro Industriários. Este bairro leva esse nome por ter se desenvolvido no entorno da maior empresa da região, o frigorífico Sadia®, sendo a maior parte de seus moradores constituída por empregados daquela indústria.

Apesar de a USF ter sido “batizada” com o mesmo nome do bairro onde está localizada, a população se refere a ela como “posto de saúde do CAIC”, pois funciona em conjunto com uma creche e uma escola, numa unidade conhecida como Centro de Atendimento Integrado ao Cidadão.

Logo no início da entrevista surge a questão das demandas diárias de atendimento aos trabalhadores da agroindústria, com destaque para as queixas álgicas de ombros e coluna, além dos distúrbios psiquiátricos (ansiedade, depressão, transtorno de pânico, entre outros).

Quanto às fragilidades e dificuldades, a médica aponta a inexistência de estratégias de capacitação e de programas de educação continuada relacionadas à temática da Saúde do Trabalhador, imputando essa carência à ineficiência da gestão dos serviços de saúde municipais e estaduais.

Destaca-se, ainda, a falta de estímulo à participação dos profissionais da ESF nas reuniões do CMS. Segundo a entrevistada, algumas agentes comunitárias de saúde e enfermeiras participam ocasionalmente, mas o fazem por iniciativa própria, pois não há qualquer

incentivo por parte dos gestores, como seria possível (e desejável) com o bloqueio de agendas e com a liberação do ponto de frequência.

Ainda que exista um fluxograma formal de comunicação entre profissionais da ESF e gestores de nível central (representada pela figura do Coordenador da ESF), de um modo geral os retornos das solicitações e sugestões são inexistentes ou pouco expressivos.

Ao final daquela tarde, antes que se esgotasse o horário de atendimento das equipes de ESF do município, ainda foi possível coletar os dados de mais uma USF. Ainda que não tenha sido possível entrevistar ou realizar grupos focais com os profissionais das onze USF de Concórdia, ficamos bastante satisfeito com nossa produtividade diante da necessidade de mudanças súbitas no cronograma, pois coletamos dados de sete unidades (63,64% do total) e de diferentes setores da gestão central da saúde no município.

Desse modo, a última USF visitada em Concórdia foi a do bairro Cristal, na qual realizamos uma entrevista individual com a enfermeira da equipe de ESF. Esclarece-se que o médico da unidade não foi entrevistado por não se encontrar disponível no momento da coleta de dados. Segundo explicaram os gestores, e com a mesma informação corroborada pela enfermeira da unidade, a USF Cristal ficou por longo período sem a presença de um médico, e a demanda reprimida não permitia que sua agenda fosse fechada para a participação em nosso estudo.

De acordo com o relato da enfermeira, as consultas relacionadas à Saúde do Trabalhador são frequentes na unidade. Todavia, a impressão da equipe é que estão “apenas apagando incêndio”, pois, a despeito de dedicarem grande parte de suas agendas para o atendimento de causas relacionadas ao trabalho, os mesmos pacientes retornam inúmeras vezes à unidade apresentando as mesmas queixas. Ademais, a profissional admite que, embora desejasse realizar atividades de promoção da saúde, o foco da equipe é basicamente direcionado a tratamentos curativos, individualizados, e centrados na figura do médico.

No que diz respeito ao relacionamento com os setores de saúde ocupacional das empresas, a entrevistada considera que, após o primeiro atendimento na USF, com posterior encaminhamento ao médico do trabalho do frigorífico, os pacientes “quase nunca” retornam com informações solicitadas, demonstrando a inexistência de fluxos de contra-referência.

Sobre os mecanismos de contato com a gestão, este costuma ocorrer através da procura direta por conversas com o Coordenador da

ESF ou através de algumas reuniões destinadas especificamente às enfermeiras e desenvolvidas nas dependências da secretaria municipal de saúde. A despeito desse canal de contato direto com a gestão, onde os profissionais ao menos são ouvidos, a entrevistada relata que “as devolutivas são bem complicadas”.

Ressalte-se, além disso, que não existe Conselho Local de Saúde no bairro, ao mesmo tempo em que os profissionais da ESF Cristal também não costumam frequentar as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, pois não são convidados e incentivados a fazê-lo.

No dia seguinte, antes mesmo do sol nascer, já estávamos nos deslocando de Concórdia para a cidade vizinha Seara, onde às 07:30h iniciariamos a coleta dos dados. O primeiro grupo focal realizado neste município foi com três psicólogos da equipe de saúde mental da cidade, e também aqui a temática da Saúde do Trabalhador surgiu logo no início da coleta de dados.

De acordo com os participantes, a esmagadora maioria dos adultos da cidade é empregado de um grande frigorífico, a Seara Alimentos[®], atualmente controlada pela Marfrig[®]. Nesse sentido, uma frase nos pareceu emblemática, e merece ser aqui registrada: “A empresa sustenta a cidade. De cada 10 pessoas que atendemos, 08 delas trabalham lá”.

Instigados a falar sobre suas impressões a respeito das relações entre o trabalho no frigorífico e os adoecimentos por eles atendidos, o grupo, em consenso, considera que “os trabalhadores são vistos e usados como máquinas”, e que “o trabalho é sempre igual, mesmo nos casos em que há rodízio de postos de trabalho”. Em razão da grande sobrecarga de trabalho, em funções onde a monotonia e a repetitividade são aspectos marcantes, a demanda dos psicólogos de Seara para o tratamento de doenças mentais relacionadas ao trabalho é muito expressiva, consumindo a maior parte de suas agendas.

Ademais, os participantes do GF destacam que essa problemática não afeta exclusivamente os trabalhadores do grande frigorífico, mas também seus filhos e demais membros das famílias. Uma vez que a linha de produção da fábrica está ativa 24 horas por dia, sete dias por semana, os turnos de trabalho são consecutivos e ininterruptos. Exemplificam que em muitos casos os casais pouco convivem no dia-a-dia, pois o marido trabalha pela manhã e a esposa à tarde, ou vice-versa.

Os psicólogos enfatizam que, devido aos horários inadequados de trabalho, muitas vezes em turnos no período da madrugada, as

consequências danosas se estendem a todos os membros da família, mas afetam de modo particular as crianças e adolescentes, que são os maiores prejudicados. Segundo contam os entrevistados, essa população infanto-juvenil do município cresce sem suas principais referências, pois os pais só estão em casa (geralmente dormindo) exatamente nos horários em que seus filhos estão na escola.

Outro aspecto importante é que o trabalho dos psicólogos fica restrito ao atendimento na unidade de saúde mental, localizada na área central da cidade. Não existem, portanto, deslocamentos até as USF mais afastadas e interioranas, nem tampouco atendimentos prestados diretamente no local de trabalho da população. O isolamento desses profissionais em relação aos demais funcionários da Secretaria de Saúde de Seara é tão intenso, que os psicólogos frequentemente ironizam que “Na verdade, fazemos parte da estrutura da Secretaria da Agricultura”.

Ademais, esses profissionais se ressentem da inexistência de estímulo e incentivo à participação em eventos e/ou cursos de capacitação que abordem essa temática. Queixam-se que não há estratégias de educação continuada promovidas pela própria gestão municipal, e que quando conseguem, por conta própria, participar de alguma atividade científica em outras cidades, não há mecanismos para bloqueio das agendas e liberação do ponto de frequência.

Quanto ao relacionamento com as empresas, os psicólogos o definem como sendo “muito complicado” pois “as empresas são muito fechadas, não nos dão acesso”, e “os profissionais de saúde que lá trabalham vivem contestando nossas condutas profissionais e interferindo nos tratamento de nossos pacientes”. Segundo o que se pode apreender do GF, estes embates são muito mais frequentes e mais intensos nos casos com necessidade de afastamento do trabalho e de encaminhamento ao INSS.

Ressalte-se, ainda, que um desses psicólogos entrevistados já foi funcionário do grande frigorífico, lá trabalhando logo nos primeiros meses após a conclusão da graduação universitária. Esse profissional relata que gostava de trabalhar naquela empresa, principalmente pelo relacionamento humano, como exemplifica a seguinte sentença: “(...) então eu gostei de trabalhar... até pelas pessoas, eu acabei me relacionando bem lá dentro...”.

Contudo, o entrevistado considera que não havia adesão dos funcionários às estratégias disponíveis (palestras e grupos motivacionais), “pois eles são tratados a vida toda como uma massa, e na hora do psicólogo eles querem e precisam ter suas individualidades

respeitadas”. Além disso, o profissional justifica sua saída da empresa pelo fato de haver excessiva cobrança por resultados e produtividade, ao relatar que: “... aí um colega meu falou, que ele trabalha lá dentro: tu tem que saber se tu lida bem com pressão... porque se tu consegue lidar bem... aí tu pode entra, senão não. Aí eu pulei fora...”.

No que tange às instâncias de controle social, apenas um dos psicólogos que participou do GF afirmou participar ativamente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, bem como do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente. Todavia, admite que apenas apresenta seus projetos, sem possibilidade de colocá-los em prática, “pois há muitos temas em discussão simultaneamente, e não há tempo disponível para a análise de todos os assuntos”.

Os demais psicólogos, por sua vez, concordam que não há incentivo à presença dos profissionais de saúde nas reuniões do CMS, uma vez que os encontros ocorrem durante seu expediente de trabalho, concorrendo com o pouco tempo que tem disponível para o atendimento de tantas demandas.

Por outro lado, todos os três psicólogos concordam que “o contato com a gestão é direto com a Secretária de Saúde do município, pois ela é bem aberta, e o retorno das solicitações é dado com frequência”. Essa reflexão nos pareceu, ao menos em princípio, possivelmente contraditória com as queixas apontadas acima.

Analisando o assunto *a posteriori*, creio que esse é um agravante da questão, pois se há bom relacionamento com a gestão, com frequentes devolutivas das solicitações aos profissionais da ponta, isto é, se há disposição de ambos os lados de contribuir para a busca de soluções, porque, ainda assim, as fragilidades persistem? Naquele momento, a dúvida pairou no ar, mas mais tarde, após entrevistarmos os gestores municipais e o principal responsável pelo setor médico das empresas, algumas respostas começariam a surgir.

Em seguida, após o contato inicial com os psicólogos, a segunda categoria profissional entrevistada foi a dos fisioterapeutas, que também atendem exclusivamente em uma unidade de saúde localizada na região central da cidade, em um imóvel exclusivo e, ao menos aparentemente, apartado dos demais serviços de saúde.

Logo no início do GF os participantes relatam que os casos de adoecimento relacionado ao trabalho são o seu principal foco de atuação, ao afirmarem que: “É o que mais tem, né, pois a empresa Seara[®] é uma fábrica de traumatismos e lesões...”. Consideram, ainda, que seu trabalho tem baixa resolutividade, atribuindo esse fato às constantes

interferências de conduta dos setores médicos das empresas, como bem expressam as falas abaixo:

“São pacientes que vem pra nós, normalmente a gente pede repouso, mas a fábrica não dá repouso, então eles fazem fisioterapia agora, quando as seis da tarde eles vão trabalhar até no outro dia de manhã, em linha de produção, então assim, nosso trabalho não fica 100%, pelo trabalho repetitivo que eles mantêm, falta de recurso...”. Pelo mesmo motivo, dizem que “Traçar medidas de prevenção é complicado, pois não há portas abertas nas empresas”.

“Então assim, a gente fica um pouco frustrada por isso, tu não consegue solucionar de uma maneira satisfatória...”

Outra reflexão importante que fazem diz respeito à absoluta inexistência de empregos alternativos, o que limita muito as possibilidades de grandes mudanças nesse cenário. A imensa maioria dos seus pacientes são trabalhadores da agroindústria ou recém-desempregados, e mesmo aqueles com vínculo formal costumam ganhar pouco mais de um salário mínimo.

Quanto às principais patologias, o destaque é para lesões de coluna e de ombros, associadas às posições extremas, à sobrecarga de trabalho em ambientes muito frios, e à repetitividade dos movimentos de membros superiores necessária para o cumprimento das metas de produção. As condições de trabalho, de um modo geral, são tão desumanas, que os fisioterapeutas relatam que alguns pacientes desistem do tratamento e preferem não melhorar das lesões para não serem obrigados à retomar suas rotinas de trabalho.

Contudo, a despeito da multiplicidade de lesões, das mais variáveis gravidades, e todas elas muito frequentes, os fisioterapeutas consideram que o setor médico da empresa é orientado para dificultar o afastamento dos trabalhadores da linha de produção, mesmo que para isso precisem interferir nas condutas de outros profissionais. É comum que os atestados e declarações recomendando afastamento do trabalho, ou mesmo mudanças nos processos produtivos, por meio da troca de funções, sejam absolutamente desconsiderados.

Além disso, os participantes do GF se queixam que essa temática não é abordada durante os cursos de graduação, e mesmo nas especializações da área de saúde pública. Por outro lado, julgam que a gestão municipal não é capaz de debelar tais fragilidades, pois em

nenhum momento foi oferecido ou estimulado (direta ou indiretamente) a participação em cursos e/ou eventos técnico-científicos sobre a Saúde do Trabalhador.

Por fim, os fisioterapeutas, em seu conjunto, consideram que as mudanças em relação à saúde do trabalhador, não apenas em Seara, mas em toda a região Oeste de Santa Catarina, vão demorar muitas gerações para serem consideradas como significativas. Consideram que o aspecto cultural do trabalho para os moradores da região, na sua maioria acostumados a trabalhos pesados e com baixa remuneração, é decisivo para que os próprios trabalhadores incorporem em suas vidas as metas da empresa, mesmo que isto lhes custe o bem mais precioso, ou seja, sua saúde.

Em seguida, a coleta de dados prosseguiu com a realização de um grupo focal com todas as enfermeiras das cinco equipes de ESF do município. As participantes relataram que, em relação à Saúde do Trabalhador, a demanda de serviços na ESF é muito relevante, e a principal origem dos casos é de agricultores e empregados do frigorífico Seara[®].

Segundo observamos, a relação dos profissionais da ESF com o setor de saúde da empresa é bastante problemática, sobretudo pela contestação de condutas e atestados expedidos pelos profissionais das USF. Além disso, relatam que, como um dos médicos da ESF é também médico do trabalho dessa empresa, sendo o responsável técnico pelo setor de saúde do frigorífico, muitos pacientes procuram consultar exclusivamente com este profissional, a fim de evitar futuras contestações em seus atestados. Todavia, isso se constitui em um problema adicional para os serviços, pois rompe com a lógica de adscrição de clientela.

Sobre a formação profissional na academia, os entrevistados concordam que não apenas os cursos de graduação, mas também as especializações na área da saúde pública se ressentem do restrito conteúdo veiculado sobre Saúde do Trabalhador.

A respeito dos contatos com a gestão, as enfermeiras relatam que este é feito diretamente com a secretária de saúde do município, e definem que “o retorno é dado, em partes, mas nem sempre”. Reconhecem que esse acesso facilitado à secretária de saúde se deve ao fato de o cargo ser atualmente ocupado também por uma enfermeira, que anteriormente trabalhava na ESF. Por outro lado, consideram que essa proximidade sobrecarrega a gestão central com problemas muitas vezes rotineiros e que poderiam ser resolvidos pela própria equipe de ESF.

Outro aspecto importante, e particularmente diferente da percepção de outras categorias profissionais, é que as enfermeiras participam ativamente das instâncias de controle social, exercendo o direito a assento e voto no Conselho Municipal de Saúde, onde encontram “importante respaldo para suas questões de demandas”. Ademais, reconhecem que “a comunidade é muito participativa, e sempre consegue espaço para reivindicar suas demandas”.

Encerrados os trabalhos do período da manhã, após um breve intervalo para almoço a coleta de dados prosseguiu com a realização de um GF com os gestores de nível central do município de Seara. Os participantes foram a atual secretária de saúde e seu secretário adjunto, que nos foi apresentado como o futuro titular da pasta, estando essa substituição programada para ocorrer nos próximos meses.

Logo no início do grupo focal os gestores relataram que a Saúde do Trabalhador é reconhecida como uma das principais metas da gestão municipal, mas admitem que lhes faltam capacitação técnica e padronização de condutas “para conseguir colocar algo realmente efetivo em prática”. Identificam que o setor da agroindústria, sobretudo os frigoríficos de frango e suínos, “são grandes produtores de doenças e de doentes”.

Por outro lado, não vislumbram possibilidades de mudanças, pois consideram que a prefeitura é economicamente dependente desse setor industrial, por ser a principal fonte de divisas para o município. Admitem que, a despeito de reconhecerem o problema (por si próprios e através das demandas dos profissionais da ESF), sua autonomia é limitada no que diz respeito a cobranças e punições, que não acontecem com o rigor que consideram ser o mais adequado. Revelam uma preocupação com o futuro dessa situação, pois a população do município está envelhecendo e o número de inválidos e doentes crônicos cresce espantosamente.

Sobre os contatos com os profissionais e equipes de ESF, bem como com os usuários dos serviços, julgam que a gestão municipal possui “canais abertos com as Unidades de Saúde da Família e com a população de um modo geral”. Dizem que “as sugestões são avaliadas e o retorno é dado na medida do possível”.

Reconhecem, ainda, a centralidade do Conselho Municipal de Saúde nas conquistas para a região, considerando-o bastante democrático, uma vez que “o ocupante do cargo de presidente do Conselho Municipal de Saúde é escolhido através de votação, sendo permitida e estimulada a participação social e profissional”. Esse último

aspecto parece contraditório com o relato da maior parte das diferentes categorias profissionais, ainda que em consonância com a percepção das enfermeiras.

Finalizado o grupo focal com os gestores centrais da saúde em Seara, a coleta de dados prosseguiu com a realização de uma Entrevista Individual com um médico da ESF do bairro industriários. Segundo os gestores municipais, este seria o único profissional médico da ESF que estaria disponível para a coleta de dados. Todavia, apesar dessa restrição, esta entrevista pode ser considerada de extrema relevância para o estudo, pois este profissional também atua como médico do trabalho do frigorífico Seara Alimentos[®], na qual é o coordenador do setor de saúde ocupacional da empresa.

O entrevistado relata que considera muito interessante sua atuação em duas frentes, pois por muitos anos trabalhou apenas com saúde ocupacional e sua visão do assunto era muito restrita. Segundo afirmou, agora que também atua na ESF é possível conhecer diferentes aspectos sobre a vida de seus pacientes, e como os ambientes familiar e social podem interferir de modo direto sobre os processos de saúde-doença dos funcionários do frigorífico.

Por outro lado, o entrevistado considera também que essa relação singular se torna muitas vezes confusa, de tal modo que muitos pacientes fazem consultas na empresa e depois vão mostrar os exames na ESF, e vice-versa. Segundo seu relato, essa flexibilidade em algumas situações compromete a organização da agenda, dos registros em prontuário e mesmo dos atendimentos prestados aos usuários.

A princípio, o médico afirma que não vê conflitos e interferências em suas condutas profissionais. Contudo, à medida que a entrevista foi se desenvolvendo, o entrevistado refletiu que “se tu trabalha na empresa, de certa forma quem te paga é a empresa, não é o trabalhador, diretamente é o empregador.” E completa: “Então de certa forma parece haver assim uma certa dependência, uma certa obrigatoriedade de tu ser mais parcial no caso, com caso de atestado por exemplo, de tu dá uma questionada”.

Instigado a relatar seu relacionamento com os gestores municipais da saúde, e como isso interfere em suas condutas profissionais, o médico relata que “eu nunca percebi, nunca foi passado restrições por parte do poder público, por parte do município e até porque aqui a empresa tem um certo diferencial, porque ela tem o plano de saúde que cobre a maior parte desses exames solicitados”.

Sobre a necessidade de capacitações e estratégias de educação continuada, o entrevistado considera ser importante que todos os profissionais que atuam na ESF, e com saúde pública de um modo geral, participem de cursos e recebam instruções sobre a área de saúde do trabalhador. Julga, ainda, que esta necessidade é mais premente na região oeste de Santa Catarina, devido às peculiaridades dos processos produtivos da região. Por outro lado, reflete que também para os trabalhadores do setor de saúde ocupacional das empresas, são necessárias e importantes as capacitações e a vivência prática na ESF, pois isso permite conhecer melhor os pacientes e, assim, otimizar os atendimentos.

Destaca ainda que já atua na região há mais de dez anos, sendo os últimos quatro no município de Seara, e considera que, devido à particularidade de existir um empregador majoritário na cidade, faz com que a Saúde do Trabalhador assuma uma maior importância nesse contexto específico.

Sobre as principais demandas da população trabalhadora, considera que a maior parte dos casos está diretamente relacionada aos processos produtivos do frigorífico, e identifica como queixas principais as seguintes: “nós temos uma queixa bem concentrada nas queixas de ombro, dor em ombro, lombar tem bastante, punho, síndromes do túnel do carpo, compressão nervosa, tendinites de ombro, pela atividade que eles fazem, uma atividade ainda, já tá bastante automatizado, alguns processos, mas ainda tem alguns trabalhos ali que nem existe máquinas para fazer uma desossa perfeita.”

Outra reflexão importante é sobre a carência de mão de obra, com a necessidade de sucessivos processos para seleção de novos funcionários, mesmo que para isso seja preciso realizar uma verdadeira “busca ativa” nas cidades e estados vizinhos, como deixa claro a fala abaixo:

“O país como um todo está numa fase boa, então aqui tem carência de mão de obra, a gente tá admitindo pessoas de bem longe daqui. Não só daqui da região, do Paraná, do Rio Grande do Sul, e mesmo comunidades indígenas. O trabalhador indígena, normalmente, ele não é um trabalhador de indústria, pelo perfil dele, mas a gente tem admitido”.

Sobre as possibilidades de sugerir e mesmo interferir diretamente sobre os processos produtivos, o entrevistado relata que “a gente semanalmente visita a produção, então a gente tem um trabalho muito próximo com a ergonomia, fisioterapeuta, então a gente vai aos

postos de trabalho, a gente tá sempre tentado fazer melhorias, observando, analisando, dando sugestões e tentando modificar e melhorar esses processos”.

Todavia, considera que existem limitações em seu trabalho, uma vez que “É claro que tudo isso, às vezes esbarra em custos, né, porque a indústria é uma empresa que visa lucro e essas coisas muitas vezes são custos, né, que muitas vezes vão se pagar, outras não. Então na medicina a gente não pode levar o preço tanto em consideração, senão tu vai acabar nivelando tudo por baixo, não pode estar dando o que é mais barato, tem que estar fazendo o que é mais correto, mais indicado, do ponto de vista da saúde”.

Ademais, considera que a relação com os órgãos oficiais de fiscalização, sobretudo com o INSS, é, por vezes, conflituosa, ao afirmar que “o INSS dificulta um pouco uns recursos que a gente acharia que teria que conceder. A gente sabe que nem tudo é assim, eu fico fazendo às vezes umas contestações”.

Por outro lado, e até de certo modo contraditório, alega que o relacionamento com os funcionários daquela instituição, principalmente com os médicos peritos, é harmoniosa, relatando que “a gente abre bem as portas. À medida que eles precisam os peritos entram lá, e estão em contato seguidamente com a gente. A gente tá aí para trabalhar junto”. E finaliza a entrevista refletindo que “então nós não temos nada que esconder. Mas claro, também, que não dá pra fazer tudo que gostaria, mas estamos bem tranquilos, né, e as portas estão abertas para o INSS, órgãos oficiais e tudo”.

APÊNDICE 2 – QUESTÕES NORTEADORAS DOS GRUPOS FOCAIS

QUESTÕES NORTEADORAS DOS GRUPOS FOCAIS:

- 1 – Como é trabalhar na ESF (ou no NASF)?
- 2 – Quais as peculiaridades desse trabalho?
- 3 – O que você entende por Saúde do Trabalhador?
- 4 – Em seu trabalho na ESF/NASF, você atende trabalhadores?
- 5 – Existe algum tipo de estratégia diferenciada para o atendimento dessa população?
- 6 – Você considera que seja importante oportunizar atendimento diferenciado para esse público? Por quê?
- 7 – Você conhece algum órgão da estrutura organizacional da Atenção Básica municipal destinado especificamente às ações de Saúde do Trabalhador?
- 8 – Você conhece as diretrizes legais que norteiam a Saúde do Trabalhador no SUS?
- 9 – Durante sua formação acadêmica, você teve contato com temas relacionados à Saúde do Trabalhador? Comente a respeito...
- 10 – E durante a atuação profissional, houve alguma capacitação específica sobre esta temática? Comente sua resposta, por favor...
- 11 – Você considera importante que os profissionais da ESF/NASF incorporem ações de Saúde do Trabalhador em suas práticas profissionais? Comente a respeito...
- 12 – Aqui na sua região, você identifica algum problema relacionado à Saúde do Trabalhador? Por favor, cite algum exemplo. Fale mais a respeito...
- 13 – Que propostas você faria para solucionar ou ao menos minimizar este(s) problema(s)?
- 14 – Você desenvolve ou já desenvolveu alguma atividade destinada à saúde dos trabalhadores diretamente em seus ambientes de trabalho? E fora destes, nos demais espaços do meio social?
- 15 – Com relação à Saúde do Trabalhador, o setor da saúde em sua região desenvolve algum tipo de parceria com organismos e instituições de outras áreas? Cite alguns exemplos, por favor.

APÊNDICE 3 – ARTIGO CIENTÍFICO

AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI CATARINENSE

Lucas Mello Pioner; PIONER, L. M.

Rodrigo Otávio Moretti-Pires; MORETTI-PIRES, R. O.

Maria Helena Machado; MACHADO, M. H.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) nos municípios que integram o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) do Alto Uruguai Catarinense. **Métodos:** Pesquisa qualitativa do tipo Avaliação de Quarta Geração, com análise do material empírico de entrevistas individuais e grupos focais por meio do Círculo Hermenêutico Dialético. **Resultados:** Os resultados apontam para a existência de uma grande demanda por serviços de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, principalmente por patologias ortopédicas e psiquiátricas, permeada por inúmeras fragilidades na estrutura disponível e nos processos de trabalho das equipes. Ademais, a dependência econômica dos municípios em relação aos grandes frigoríficos limita a autonomia dos gestores e dos profissionais, ao mesmo tempo em que a falta de articulação intersetorial compromete a funcionalidade do CIS como um todo. **Conclusões:** Conclui-se que se faz urgentemente necessário promover uma nova cultura em Saúde do Trabalhador na região, a partir do fortalecimento do papel do Estado como regulador e fiscalizador das ações relativas ao trabalho e à saúde, e com participação direta dos trabalhadores e de seus representantes em todas as etapas desse processo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

As intervenções na área da VISAT, segundo Dias (1994) e Alves (2003), devem estar embasadas na ideia de que, para a população trabalhadora, as noções de saúde não devem se restringir à simples inexistência de patologias ocupacionais e acidentes típicos de trabalho. Pelo contrário, as ações de Saúde do Trabalhador, em todos os locais onde são desenvolvidas, devem procurar introduzir mudanças e transformações nos ambientes de trabalho e nos processos produtivos, objetivando não somente eliminar os riscos pontuais à saúde dos trabalhadores, mas também e, sobretudo, construir um novo modo de inserir os seres humanos nos processos produtivos e potencializando a saúde e a vida em todos os espaços sociais.

Assim, para que a Saúde do Trabalhador possa interagir de modo mais articulado com as demais áreas do SUS, saindo do tradicional isolamento em que se encontra no bojo das políticas públicas de saúde e assumindo a posição de centralidade que lhe cabe nesse processo, faz-se necessário um redirecionamento de suas práticas na direção da promoção da saúde e da proposição de políticas públicas saudáveis.

No âmbito normativo, a Portaria MS/GM 1.679/2002 institui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Este instrumento legal reforça que as ações de ST deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação (BRASIL, 2002).

Abordar as questões da ST nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias. Nesse sentido, as equipes da ESF passam a ser consideradas como espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, em virtude da existência de maiores oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde, relacionadas ou não ao trabalho, com foco primordial na Promoção da Saúde (BRASIL, 2002).

Por outro lado, de acordo com Dalla Costa (2008), a avicultura, no Brasil, e em particular no sul do país, vem passando por profundas transformações, com tendência, nos últimos anos, à modernização e à

automatização dos processos produtivos em escala superior aos demais setores da economia.

A pujança da avicultura é destacada pela Associação Brasileira dos Produtores e Exportadores de Frangos (ABEF), dando ênfase à vitalidade e ao desempenho do setor mesmo em tempos de crise econômica internacional. Contudo, ao contabilizarem seus lucros exorbitantes, os grandes frigoríficos que atuam no país (hoje com capital transnacional) não levam em conta o incalculável passivo social causado pelo adoecimento e pela mutilação de funcionários nos seus postos de trabalho. Por conseguinte, esta problemática vem ganhando destaque no meio acadêmico e no sindicalismo nacional, e se tornou, inclusive, alvo de investigação do Ministério Público do Trabalho a partir do ano de 2006 (Camargo, 2010).

As doenças diretamente relacionadas à rotina de esforço repetitivo (com destaque para as Lesões por Esforço Repetitivo – LER), e às prolongadas e extenuantes jornadas de trabalho (muitas vezes em turnos sucessivos e ininterruptos), invariavelmente associadas ao frio extremo característicos das linhas de abate e processamento (embalagem e congelamento) de carne de aves já atingem cerca de 20% dos trabalhadores do setor (Camargo, 2010).

Associando condições fisicamente degradantes com a necessidade individual e subjetiva para se submeter a um modo de trabalho extenuante, os responsáveis pelas seleções de novos candidatos se deparam com um exército industrial e rural de reserva cada vez maior, tendo em consideração que os requisitos de escolarização e formação profissional são praticamente nulos.

Todavia, de modo contraditório, os imensos custos humanos e sociais deste tipo de relação de trabalho levam os trabalhadores a reconhecerem que estão sendo expropriados naquilo que é essencial até mesmo para a manutenção da condição de seres exploráveis pelo capital, ou seja, a sua saúde.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas pelas equipes de ESF e de NASF que trabalham nos municípios que integram o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC).

MÉTODOS

A presente pesquisa se constitui em um estudo avaliativo (modelo de quarta geração), baseado na utilização de métodos qualitativos. Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas individuais não estruturadas e de grupos focais com os principais atores sociais envolvidos com a VISAT da região, tais como gestores dos órgãos governamentais (CIS-AMAUC, CEREST e Secretarias Municipais de Saúde), Médico do Trabalho responsável pelo setor de saúde de um grande frigorífico da região, além dos médicos e enfermeiros que atuam nas equipes de ESF e dos psicólogos e fisioterapeutas que atuam nas equipes de NASF dos municípios investigados. Posteriormente, estes dados foram analisados e interpretados à luz da hermenêutica dialética.

O modelo de avaliação proposto busca revelar o que há de singular na região, enfatizando a importância do contexto e das peculiaridades locais. Pretende retratar a realidade da região com profundidade, valendo-se, para tanto, de variadas fontes de informação.

De acordo com Kantorski et al (2009), este modelo de avaliação possibilita ao pesquisador revelar experiências de vida, de modo a permitir generalizações naturalísticas. Procura representar as diferentes e, por vezes, antagônicas perspectivas presentes em uma determinada situação social, uma vez que utiliza uma linguagem e um formato mais acessíveis aos interessados e participantes da pesquisa (KANTORSKI et al, 2009).

Nos modelos avaliativos tradicionais, os parâmetros e limites são previamente definidos, enquanto que na avaliação de quarta geração eles são determinados por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve os diferentes grupos de interesse (GUBA e LINCOLN, 1989; KANTORSKI et al, 2009).

Os conteúdos apreendidos das Entrevistas Individuais e dos Grupos Focais foram analisados mediante a utilização da técnica conhecida como Circulo Hermenêutico Dialético (CHD), descrita por Guba e Lincoln (1989). Representando a principal fonte de informações, o material empírico resultante do CHD foi analisado sob a óptica da Hermenêutica Dialética, buscando a reinterpretação dos significados que habitam sob os fatos emergidos, reconstruindo-os historicamente (MINAYO, 2002).

Quanto aos aspectos éticos, a presente pesquisa é derivada do projeto intitulado “Análise da articulação entre os NASFs e a ESF na 6ª

SDR do estado de Santa Catarina – dos desafios às potencialidades para efetivação do SUS”, de autoria do Professor Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires. O projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 13 de dezembro de 2010, sob o protocolo nº 1.043/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido à vastidão do conteúdo empírico apreendido através das entrevistas individuais e dos grupos focais realizados com os gestores e com os profissionais que atuam nas equipes de ESF e de NASF objeto dessa pesquisa, optou-se por apresentar o conteúdo interpretativo do material obtido por meio das categorias elencadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Meta-categorias e Parâmetros de avaliação da VISAT na região da AMAUC, segundo os stakeholders, 2012.

Meta-Categorias Avaliativas	Parâmetros
O trabalho e o usuário do SUS na região da AMAUC	<ul style="list-style-type: none"> - A importância do trabalho para a região; - A centralidade do agronegócio para a economia da região; - O frigorífico como principal empregador;
Trabalho e adoecimento: principais demandas em Saúde do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> - Principais demandas: acidentes de trabalho, lombalgias, ombralgias; - Depressão e sofrimento mental no trabalho; - A cronicidade das patologias;
Potencialidades e fragilidades da Saúde do Trabalhador na região da AMAUC	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de capacitação em saúde do trabalhador; - Potencialidades da ESF no relacionamento com a gestão; - Fragilidades da ESF no relacionamento com a gestão; - Foco nos aspectos curativos; - O isolamento das equipes de ESF; - Fragilidades no relacionamento com os demais serviços de saúde; - A dificuldade no relacionamento com a previdência social; - Falta de estrutura (física e recursos humanos).

<p>A equipe da APS <i>versus</i> o mundo do trabalho na região da AMAUC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades no relacionamento com o setor de saúde das empresas; - Vigilância, interferência e exploração da vida social pelo agronegócio; - Impotência e frustração frente ao grande capital.
---	---

O TRABALHO E O USUÁRIO DO SUS NA REGIÃO DA AMAUC

Nas entrevistas e grupos focais realizados com os diferentes gestores e trabalhadores da APS ficou nítida a percepção de que o trabalho no agronegócio ocupa um lugar de destaque na economia e na vida social da região. Conforme se depreende das falas exemplificadas abaixo, essa é uma característica comum aos municípios investigados e, segundo os entrevistados, parece estar diretamente relacionada à cultura dos imigrantes de origem germânica e italiana que ali se instalaram nos séculos anteriores:

“Então, eu vejo o povo aqui é muito gringo, alemão, italiano... O povo é capitalista, tá na veia.” (Sujeito 17)

“Mas aqui é uma potência, é a Cidade do trabalho, com o povo muito trabalhador. Então ele pega a medicação, toma, acha que tá bem, e volta à atividade.” (Sujeito 9)

Em comparação com o que foi encontrado na literatura, pode-se constatar que essa percepção, de que o trabalho ocupa um lugar central na vida das famílias de origem germânica e italiana, também é compartilhada por Campos (2007), ao analisar o processo de industrialização da cidade de Toledo, no Oeste do Paraná, onde proliferam os frigoríficos de frango e suínos.

Ademais, para além da percepção dos entrevistados de que a população da região se dedica de modo excessivo às atividades de trabalho por razões étnicas e culturais, o material coletado nos permitiu perceber que essa cultura de “culto ao trabalho” que predomina na região também se deve, em muito às propagandas nesse sentido promovidas pelo poder público e pelas empresas mais influentes:

“Infelizmente é algo que está muito em alta na região de Concórdia. Como é a capital do trabalho, né? Temos de trabalhar, isso faz bem para a gente. Esse é o lema da cidade, assim... é o lema da cidade, e a Sadia foi uma das que iniciou isso aí...” (Sujeito 11)

“A minha experiência é assim: tem um fulano que tem uma empresa, e ele é quem manda E daí o prefeito faz o que ele quer, junto com ele, porque senão não tem mais recurso pra Prefeitura, e daí é pior ainda.” (Sujeito 13)

Por outro lado, em muitos casos o próprio trabalho, devido às peculiaridades com que é exercido, passa a ser um limitador adicional ao exercício da cidadania e à busca por qualidade de vida, envolvendo a população trabalhadora e suas famílias em uma espécie de círculo vicioso, como se vê abaixo, e em franco desacordo com as propostas de promoção da saúde do trabalhador de Alves (2003) e Andrade et al (2008).

“Eu vejo que assim, é problemático principalmente em relação ao horário, em função de ser trabalho de madrugada... então eu atendo crianças, e eu vejo que vai muito além do trabalhador em si, que afeta a família inteira. Porque, por exemplo, eu tenho vários pacientes, crianças pequenas, que não veem os pais. Normalmente convivem só com os avós. E isso aí traz mil consequências.” (Sujeito 16)

Os resultados descritos acima são condizentes com o apontado por Sardá, Ruiz e Kirtschig (2009), em estudo sobre a tutela jurídica da saúde dos trabalhadores de frigoríficos na região oeste de Santa Catarina. Ademais, de acordo com os relatos de Heck (2012), Campos (2007) e Gemelli (2011), a mesma dependência dos frigoríficos de aves

e suínos ocorre no vizinho estado do Paraná, assim como no Estado de Mato Grosso ocorre dependência dos frigoríficos de bovinos.

Portanto, uma vez que a cadeia produtiva de aves e suínos é a principal empregadora da população residente na região da AMAUC, esta também é a principal fonte de demandas por serviços de saúde para as equipes de ESF e de NASF, uma vez que...

“A maioria é auxiliar de produção, que vem da Sadia, porque a Sadia é o grande empregador.” (Sujeito 14)

TRABALHO E ADOECIMENTO: PRINCIPAIS DEMANDAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A respeito das principais demandas e queixas dos trabalhadores para os serviços de APS na região da AMAUC, a maior parte dos atendimentos está centrada nas patologias osteomusculares (com destaque para lesões de coluna e de membros superiores) e nos casos de sofrimento mental pelo trabalho, além de uma grande necessidade de maiores cuidados com a saúde dos próprios trabalhadores do SUS.

Ao analisar as transcrições geradas pelas entrevistas individuais e pelos grupos focais, restou comprovado que a impressão inicial estava correta, conforme se depreende das falas abaixo, que tratam das principais queixas ortopédicas:

“Basicamente assim, é coluna, dor, LER, bastante disso. O que a gente mais tem é dor e coluna.” (Sujeito 15)

“Aqui o que a gente enfrenta em Concórdia, por causa das agroindústrias, é mais lesão de membro superior.” (Sujeito 12)

Assim como em nosso estudo, os mesmos dados, que comprovam a maior incidência de lombalgias e de lesões por esforços repetitivos em membros superiores, foram encontrados em pesquisas com população e metodologia semelhantes à que utilizamos, tais como: Heck (2012), Souza et al (2008) Boff, Leite e Azambuja (2002), e Vasconcellos, Pignatti e Pignati (2009).

Segundo Daneluz (2011), o estado de Santa Catarina tem índices de acidentes de trabalho superiores à média nacional, com a maior parte dos acidentes sendo registrados na região oeste do estado, sobretudo em indivíduos jovens que trabalham nos estabelecimentos de abate e processamento industrial de produtos derivados de carne de aves.

Conforme o próprio médico do trabalho da empresa relata, e em consonância com o que é percebido pelas equipes da APS no atendimento diário aos cidadãos trabalhadores, a origem da maior parte das lesões está relacionada aos movimentos repetitivos e às posições anti-ergonômicas adotadas pelos trabalhadores durante o exercício de suas funções, com tendência ao agravamento e à cronicidade das patologias, como bem exemplificam os recortes seguintes, que encontram ressonância no estudo de Daneluz (2011):

“Aquela coisa que tu trata, mas tu não cura... que estão sempre vindo aqui com as mesmas queixas, porque o trabalho sempre é o mesmo.” (Sujeito 14)

Em comparação com os achados da literatura, os dados apresentados acima chamam bastante a atenção, pois em estudo apresentado por Cêa (2011), a autora apresenta uma série de entrevistas com os psicólogos responsáveis pelos processos seletivos de novos funcionários dos frigoríficos, e constata que estas empresas reconhecem que seus processos produtivos são causadores de lesões crônicas nos funcionários, ao mesmo tempo em que admitem que tão logo essas lesões sejam diagnosticadas, os empregados são prontamente demitidos e substituídos por uma nova legião de desesperados.

Ainda sobre as principais demandas por atendimentos de saúde do trabalhador da APS, além dos casos de doenças osteomusculares e de acidentes de trabalho típicos, também é preciso ressaltar a grande quantidade de casos de sofrimento mental no trabalho, ocasionando uma série de doenças potencialmente incapacitantes, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, fobias, entre outros.

“Nós temos muito afastamento por depressão, transtorno bipolar... pessoas que não podem mais ter contato com povo, entende?” (Sujeito 7)

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA REGIÃO DA AMAUC

Em relação aos processos de trabalho na ESF e no NASF, os entrevistados reconhecem algumas potencialidades para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde, em conformidade com os estudos de Alves (2003), Quintino (2009), e Faria e Bortolozzi (2010).

Em primeiro lugar, identificam que os contatos com a gestão, de um modo geral, são bastante frutíferos, atribuindo essa percepção ao fato de terem contato direto com as instâncias superiores (secretários de saúde), por se tratarem de colegas de profissão que já trabalharam na APS anteriormente, e devido às facilidades tecnológicas de comunicação.

“Porque como a gente tem o acesso muito fácil com a nossa secretária.” (Sujeito 18)

“Na verdade a gente assim, com a enfermagem... a gente tem uma reunião mensal com o nosso coordenador... e a gente tem sempre... contato... por email, por Skype, geralmente a gente se comunica todo dia, mas dessa forma mais rápida, né?” (Sujeito 15)

Por outro lado, alguns entrevistados reconhecem que esse mesmo aspecto, pertinente ao relacionamento dos profissionais da APS com a gestão, pode ser considerado frágil e ineficiente, pois mesmo quando o contato é facilitado, os retornos costumam deixar muito a desejar, como bem exemplifica a fala a seguir:

“Acesso até tem, mas o retorno é bem mais complicado...” (Sujeito 14)

Por outro lado, os trabalhadores da APS consideram que um dos grandes limitadores de sua atuação profissional é o relativo isolamento em que as equipes de ESF e NASF se encontram, sem articulação com os demais níveis dos serviços de saúde.

“Talvez, por não ter o meu serviço integrado a profissionais mais especializados, a gente custa um pouco a entender aquele fenômeno.” (Sujeito 10)

Como estratégias de superação dessa fragilidade e insuficiência do setor saúde, para dar conta de atender a todas as demandas relativas à Saúde do Trabalhador, devem ser citados os trabalhos de Machado (1997), Machado e Porto (2003), e Otani (2003), que sugerem que se caminhe na direção da construção de redes sociais e institucionais, como foco no território, e que deem suporte às ações de VISAT.

Outro aspecto que precisa ser ressaltado, talvez o mais importante de todos, é que a maior parte dos profissionais que atuam nas equipes de ESF e NASF participantes do estudo considera não ter conhecimentos técnicos suficientes na área de Saúde do Trabalhador, limitando muito suas possibilidades de atuação profissional frente a essa temática, inclusive com a subnotificação das doenças e acidentes de trabalho, como se vê abaixo:

“Em relação à CAT é tudo muito confuso, mal informado, o pessoal não tem orientação, não sabe o que fazer... por isso que a maioria nem faz... a maioria de quem sofre acidentes de trabalho não... não registra. O exercício da cidadania aqui é mais precário.” (Sujeito 13)

Essa proliferação de relatos pertinentes à gestão dos processos de trabalho na APS, que demonstram o desenvolvimento de ações em

VISAT de modo incompleto e focado nos aspectos curativos, também caminha na direção oposta dos pressupostos teóricos que embasaram o surgimento da RENAST. Mas, novamente aqui, em comparação com os dados existentes na literatura especializada, percebe-se que essas carências não são exclusivas da região da AMAUC. Pelo contrário, são o modelo predominante de se fazer VISAT em nosso país, como bem demonstraram os estudos de Machado e Porto (2003), Otani (2003), Vasconcelos (2005), Mendes e Brasil (2006) e Lamas et al (2009).

A EQUIPE DA APS *VERSUS* O MUNDO DO TRABALHO NA REGIÃO DA AMAUC

No que diz respeito ao relacionamento dos profissionais da APS com o setor de saúde das empresas frigoríficas, a maioria dos entrevistados considera que essa relação é muito problemática e ineficiente, sobretudo pelas interferências nas condutas e pelas contestações dos documentos produzidos pelos profissionais da APS, como atestados médicos ou mesmo a CAT.

“Assim, eles complicam muito aqui com atestado. Eu faço um atestado, conforme a gente aprende na faculdade, e quando chega no trabalho eles não aceitam.” (Sujeito 13)

Por outro lado, quando se analisam as falas de um dos médicos do trabalho (principal responsável pela saúde ocupacional de um grande frigorífico da região) percebe-se que também ali fica bastante claro quais são os interesses que prevalecem nessa relação, bem como se explicita que o ritmo de produção das empresas é “quem” dita as condutas frente aos afastamentos do trabalho.

“Existe aquela questão assim de, por exemplo, de afastamento, atestados né? Se tu trabalhas na empresa, de certa forma quem te paga é a empresa, não é o trabalhador.

Diretamente é o empregador. Então de certa forma parece haver assim uma certa dependência, uma certa obrigatoriedade de tu ser mais parcial no caso, com caso de atestado, por exemplo, de tu dá uma questionada de: “não mas, cinco dias, não poderia ser três, e tal né?” (Sujeito 20)

Ainda na mesma linha, destaca-se também que os entrevistados consideram que os profissionais do setor de saúde das empresas adotam como discurso oficial a culpabilização do próprio trabalhador adoecido por seus problemas de saúde, atribuindo o surgimento dos mesmos a atividades desempenhadas fora dos ambientes de trabalho, em consonância com o descrito por Daneluz (2011), e como se identifica nas seguintes falas:

“Eu tive um paciente que a fisioterapeuta da Seara falou assim para ele: “a tua epicondilite, não vem do teu trabalho aqui, vem daquelas duas horas que você fica no interior com teu pai e ajuda lá na lida do interior.” (Sujeito 17)

Na mesma linha de raciocínio, Daneluz (2011), ao analisar o adoecimento de trabalhadores das agroindústrias de Chapecó, na região Oeste de Santa Catarina, concluiu que esses serviços tem sua lógica focada exclusivamente na recuperação da capacidade física dos funcionários, voltada para a manutenção dos índices de produtividade, sendo tal processo regido unicamente por determinações de ordem econômica.

Desse modo, pode-se inferir que os serviços de medicina dos frigoríficos na região da AMAUC ainda se encontram formatados segundo a antiga e ultrapassada concepção da Medicina do Trabalho tradicional, muito distantes da perspectiva integradora e multiprofissional da Saúde do Trabalhador que se pretende com a RENAST, e proposta por Mendes e Dias (1991), Alves (2003), Otani

(2003) e Machado e Porto (2003), que consideram a centralidade da categoria trabalho na determinação social dos processos de saúde-doença dos indivíduos e das coletividades.

Uma possível explicação para este perfil arcaico dos serviços de medicina do trabalho na região da AMAUC pode ser buscada no estudo de Espíndola (2002). Ao analisar as evoluções tecnológicas e as novas relações de trabalho nas agroindústrias de carne do sul do Brasil, o autor chegou à conclusão que as principais empresas catarinenses do setor apresentam estruturas estamentais, com “espíritos capitalistas” sendo conduzidos por “cabeças feudais” (ESPÍNDOLA, 2002).

RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a perspectiva dos participantes do estudo, a fragilidade das ações de ST no âmbito do SUS na região da AMAUC são de tamanha magnitude que seu enfrentamento deve ser considerado urgente e prioritário por todos os atores sociais envolvidos com esta temática.

Desse modo, as recomendações listadas a seguir devem ser compreendidas pelos gestores e trabalhadores da saúde na AMAUC como proposições não apenas necessárias e oportunas, mas, sobretudo, estratégicas para a transformação da realidade social da região, histórica e hodiernamente marcada pela crueldade e pela injustiça social, na direção de um futuro mais justo e democrático.

1) Em primeiro lugar, é preciso que todos os envolvidos com a Saúde do Trabalhador na região da AMAUC (indivíduos e instituições) reconheçam a centralidade da categoria trabalho na determinação social do processo saúde-doença, redirecionando o planejamento e as práticas em saúde com base nessa premissa fundamental.

2) Reconhecida a centralidade do trabalho para a saúde, será preciso então identificar na região todos os órgãos e instituições direta ou indiretamente envolvidos com a temática, a fim de se estabelecer parcerias no sentido de se construir coletivamente uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador, nos moldes propostos pela RENAST.

3) Garantir a efetiva participação dos trabalhadores e de suas entidades representativas em todas as etapas desse contínuo processo, desde a concepção e o planejamento, acompanhando o desenvolvimento das ações propostas, até a avaliação e o monitoramento dos programas e ações desenvolvidos, ou seja, na direção de uma gestão democrática e participativa.

4) Promover e divulgar uma nova cultura em Saúde do Trabalhador na região, denunciando e combatendo todos os tipos de injustiça social, com destaque para as desigualdades de gênero existentes nas relações de trabalho.

5) Reorganizar os processos de trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde, reafirmando-a como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado para todos os serviços de saúde, e garantindo a integralidade da atenção à saúde através do estabelecimento de fluxos adequados de referência e contra-referência.

6) Desenvolver estratégias de qualificação e educação permanente estimulando os profissionais e os gestores a incorporarem a perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em articulação com as demais vigilâncias em saúde.

7) Identificar e mapear os fatores de risco e de proteção à saúde da população trabalhadora existentes na estrutura e na dinâmica de relações existentes no território de atuação das equipes e das unidades de saúde, em todos os seus níveis de complexidade, atuando na minoração dos riscos e na valorização das estratégias protetoras.

8) Desenvolver atividades e programas de promoção da saúde para toda a população da região, com estratégias diferenciadas voltadas aos trabalhadores e suas famílias.

9) Contratar novos funcionários e ampliar a equipe existente no CEREST municipal de Concórdia, propiciando o desenvolvimento de ações verdadeiramente multidisciplinares, bem como estimulando o surgimento de parcerias interinstitucionais que contemplem a participação das universidades situadas na região, e fornecendo garantias efetivas de que todos os profissionais sejam constantemente capacitados.

10) Desenvolver estratégias e políticas intersetoriais e interinstitucionais, de modo a integrar o CEREST com todos os demais órgãos relacionados à Saúde do Trabalhador na região (INSS, Ministério Público do Trabalho, sindicatos, Delegacias Regionais do Trabalho, etc.).

11) Investir na melhoria da infraestrutura e dos processos de trabalho das equipes da ESF e dos NASF.

12) Estimular a participação de todos os trabalhadores da ESF, dos NASF, do CEREST e da gestão municipal em estudos e pesquisas científicas, de iniciativa própria ou de instituições conveniadas, de modo a permitir o aperfeiçoamento das ferramentas e estratégias metodológicas de planejamento, execução e avaliação das ações de Saúde do Trabalhador.

13) Planejar e desenvolver estratégias e mecanismos específicos de promoção da saúde e prevenção dos adoecimentos dos trabalhadores do setor saúde, sem prejuízo das medidas terapêuticas e de reabilitação, valorizando o trabalho em equipe e a subjetividade de cada indivíduo, de modo permanente e a partir das reivindicações dos próprios trabalhadores da APS.

14) Incentivar a participação dos trabalhadores do setor saúde em cursos e congressos de atualização profissional, priorizando o desenvolvimento de iniciativas internas (a partir das gestões municipais), e criando mecanismos de compensação da carga horária e de co-financiamento quando da realização de eventos externos, que garantam a inexistência de perdas salariais aos trabalhadores.

15) Estimular a participação democrática de todos os atores sociais nas instâncias de controle social, garantindo a participação e a representatividade de todas as classes trabalhadoras, inclusive do setor saúde.

16) Fortalecer e qualificar o relacionamento entre os trabalhadores das unidades de saúde e os gestores municipais, desenvolvendo novos mecanismos e canais formais e informais de comunicação e diálogo permanente entre os dois grupos, com garantia de devolutivas das demandas e reivindicações dos trabalhadores da APS.

17) Promover maior integração entre as equipes de Saúde Pública com os serviços especializados de medicina ocupacional das empresas, sobretudo aquelas que atuam em indústrias frigoríficas.

18) Fomentar o surgimento de estratégias de articulação dos serviços de Saúde Pública e dos serviços especializados de Medicina do Trabalho das empresas com todos os setores previdenciários do INSS (perícia médica, reabilitação profissional, Gerência Executiva, educação previdenciária, etc.), no sentido de estreitar os conceitos e condutas e minimizar os conflitos de interesse existentes, trabalhando todos em conjunto para a garantia dos direitos da população trabalhadora.

19) Oferecer e garantir a participação, de todos os trabalhadores com restrições temporárias ou permanentes em sua capacidade laboral, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho, em atividades e programas coletivos destinados à promoção da saúde e à prevenção do agravamento dos processos mórbidos, e estimulando o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de responsabilização entre usuários e equipes.

20) Promover atividades em grupo que visem promover a reinserção social e o retorno ao trabalho, de todos os trabalhadores acidentados e/ou adoecidos pelo trabalho.

21) Incluir a Saúde do Trabalhador como temática prioritária em todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, e de todos os níveis de complexidade, que prestam serviços de atenção à saúde mental, tendo em vista a centralidade do trabalho para o desencadeamento de processos psicopatológicos.

22) Identificar na região instituições com potencial para o desenvolvimento de parcerias e efetivamente formalizar mecanismos de colaboração com as mesmas, estimulando o surgimento de ações promotoras da saúde mental e preventivas do sofrimento mental desencadeado pelos processos produtivos.

23) Fortalecer o papel do Estado na condução e regulação das questões sociais de interesse dos trabalhadores, de modo a combater a vigilância extremada e a interferência e exploração da vida social pelo agronegócio, atuando com firmeza e exemplaridade nas atividades de fiscalização e de punição de todas e quaisquer condutas que firam a dignidade da população trabalhadora.

24) Fortalecer os mecanismos e instrumentos legais já existentes, de fiscalização e monitoramento das condições ambientais em que o trabalho é executado.

25) Exigir por parte das empresas a adoção de medidas realmente eficazes para a prevenção do adoecimento e das mutilações desencadeadas pelos processos produtivos, com investimentos diretos e robustos na promoção da saúde dos funcionários, e com o aperfeiçoamento e substituição das técnicas e equipamentos defasados e que impõem riscos aos trabalhadores.

26) Desenvolver, em todos os municípios da região, estratégias alternativas de geração de emprego e renda, de ingresso no mercado de trabalho, e de aumento da arrecadação de impostos e divisas, no sentido de reduzir a histórica dependência econômica que os gestores e a população trabalhadora têm em relação às indústrias frigoríficas.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo apontam para a existência de uma grande demanda por serviços de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, principalmente por patologias ortopédicas e psiquiátricas, permeada por inúmeras fragilidades na estrutura disponível e nos processos de trabalho das equipes.

Ademais, a dependência econômica dos municípios em relação aos grandes frigoríficos limita a autonomia dos gestores e dos profissionais, ao mesmo tempo em que a falta de articulação intersetorial compromete a funcionalidade do CIS-AMAUC como um todo.

Do ponto de vista político e institucional, é preciso progredir no desenvolvimento de ações intersetoriais e de relacionamento com todos os atores sociais interessados na temática. Só assim as novas concepções de Saúde do Trabalhador marcarão presença no conjunto de políticas públicas decisivas para a saúde das comunidades.

Defende-se, pois, que se faz urgentemente necessário promover uma nova cultura em Saúde do Trabalhador na região da AMAUC, a partir do fortalecimento do papel do Estado como regulador e fiscalizador das ações relativas ao trabalho e à saúde, e com participação direta dos trabalhadores e de seus representantes em todas as etapas desse processo.

Por fim, para dar ênfase a todas as sugestões apontadas nesse estudo, faz-se questão de ressaltar que, por mais subjugados que possam estar, os trabalhadores nunca são completamente aniquilados como indivíduos e seres humanos. Ainda que seja empregada e explorada com vilania, infâmia e crueldade, a inteligência coletiva e o senso crítico da classe trabalhadora, por mais enfraquecidos que estejam, sempre continuarão a se constituir em ameaça (real ou potencial) aos interesses do grande capital.

No caso específico em análise, em que os trabalhadores do agronegócio do Oeste de Santa Catarina resistem com bravura à sociabilidade desumana que lhes é imposta, deixamos uma mensagem simbólica, nos moldes e ao gosto do grande Charles Chaplin, que com seus filmes e personagens inesquecíveis tanto nos tem inspirado: “Trabalhadores dos frigoríficos, não sois aves, porcos ou máquinas; homens é o que sois”.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e a promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.319-322, 2003.

ANDRADE, J. et al. Trabalho destruído e funcionalização do lazer: possíveis relações em tempos de alta modernidade. **Movimento**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.163-185, 2008.

BOFF, M. B.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, p.337-342, 2002.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 1.679, de 20 de setembro de 2002. **Institui a RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 2002.

CAMARGO, G. Quando o trabalho gera dor e sofrimento: Doenças laborais mutilam trabalhadores dos frigoríficos da avicultura e já são consideradas uma epidemia nacional. **Jornal Extra Classe**, Porto Alegre, v.15, n.143, p.4-6, 2010.

CAMPOS, S. M. **O processo de industrialização numa fronteira agrícola: o caso de Toledo, PR**. Dissertação de Mestrado, Toledo: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2007.

CÊA, G. S. dos S. **Interfaces entre trabalho, educação e saúde: revelações de um estudo sobre o processo de trabalho em frigoríficos**. In: 34ª Reunião Anual da ANPED: Educação e Justiça Social, Natal, 2011.

DALLA COSTA, A. Contratos, novas tecnologias e produtividade do trabalho entre os avicultores do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Inovação**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.313-340, 2008.

DANELUZ, S. F. C. **Reabilitação profissional – um olhar interdisciplinar e interinstitucional na atenção integral à saúde do**

trabalhador. Dissertação de Mestrado, Itajaí: Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, 2011.

DIAS, E. C. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?** Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

ESPÍNDOLA, C. J. Tecnologia e novas relações de trabalho nas agroindústrias de carne do Sul do Brasil. **Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 06, n.119, 2002. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-85.htm>>. Acesso em 29 de julho de 2012.

FARIA, L. S.; BORTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.789-795, 2010.

GEMELLI, D. D. **Mobilidade territorial do trabalho como expressão da formação do trabalhador para o capital: Frigorífico de Aves da Copagrill de Marechal Cândido Rondon/PR.** Dissertação de Mestrado, Francisco Beltrão: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2011.

GUBA, E. S.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation.** Newbury Park: Sage, 1989.

HECK, F. M. Território de degradação do trabalho: **os impactos na saúde dos trabalhadores da Sadia em Toledo (PR).** In: XVII Encontro Nacional de Geógrafos. Anais. Belo Horizonte, 22 a 28 de jul. de 2012. Disponível em: <<http://www.eng2012.org.br/>>. Acesso em 29 de julho de 2012.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.31, p.343-355, 2009.

LAMAS, A. E. et al. Modelo de atenção e saúde dos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos dentistas da rede básica de Florianópolis (SC) na atenção à saúde dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.6, n.2, p.115-122, 2009.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília/DF, v.12, n.3, p.121-130, 2003.

MENDES, K.; BRASIL, V. P. Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família no Município de Florianópolis, SC. Monografia de Especialização, Florianópolis: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO MCS, Deslandes SF. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, p.83-107, 2002.

OTANI, K. Rede de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.86-97, 2003.

QUINTINO, N. D. **Vigilância em saúde dos trabalhadores: potencialidades da matriz FPPEEA**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

SARDÁ, S. E.; RUIZ, R. C.; KIRTSCHIG, G. Tutela jurídica dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.16, n.2, p.59-65, 2009.

VASCONCELLOS, M. C.; PIGNATTI, M. G.; PIGNATI, W. A. Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p.662-672, 2009.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NASFs E A ESF NA 6ª SDR DO ESTADO DE SANTA CATARINA - DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS”. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação dos serviços de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidos pelas equipes que atuam nas ESF e nos NASF dos municípios integrantes da 6ª. SDR do Estado de Santa Catarina.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a real situação dos serviços de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidos pelas equipes que atuam na Atenção Básica da sua região.

Serão realizadas entrevistas individuais e também atividades em grupo (grupos focais), a fim de conhecer as opiniões dos participantes do estudo. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Professor Rodrigo Otávio Moretti-Pires, coordenador deste projeto de pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC,

no Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, ou pelo telefone (48) 3721 9388, ou ainda através do e-mail rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

*Eu.....
....., declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.*

Florianópolis, ____ de _____ de 2012.

(Assinatura do participante)

ANEXO B – CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO Nº 1043

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1043

FR: 374539

TÍTULO: POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS
 ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÁSF, E A ESF NA @ SDR DO ESTADO DE SANTA CATARINA -DOS DESAFIOS ÀS

AUTOR: Rodrigo Olávio Moretti Pires, Rodrigo Olávio Moretti-Pires

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.

 Coordenador do CEPSH UFSC

