



SALMA REGINA RODRIGUES BALISTA

**ATENÇÃO EM SAÚDE PARA TRABALHADORES
INFORMAIS NO SUS CAMPINAS**

CAMPINAS

2013



UNICAMP UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

SALMA REGINA RODRIGUES BALISTA

**ATENÇÃO EM SAÚDE PARA TRABALHADORES
INFORMAIS NO SUS CAMPINAS**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvia Maria Santiago

Coorientador: Prof. Dr. Heleno Rodrigues Correa Filho

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp para obtenção do título de **Doutora em Saúde Coletiva**, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pela aluna Salma Regina Rodrigues Balista e orientada pela Prof^ª. Dr^ª Silvia Maria Santiago.

Assinatura da orientadora:

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

B198a Balista, Salma Regina Rodrigues, 1963-
Atenção em saúde para trabalhadores informais no
SUS Campinas / Salma Regina Rodrigues Balista . --
Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Silvia Maria Santiago.
Coorientador : Heleno Rodrigues Corrêa Filho.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do trabalhador. 2. Atenção à saúde. 3.
Vigilância em saúde do trabalhador. 4. Trabalhadores.
5. Setor informal (Economia). I. Santiago, Silvia Maria,
1958-. II. Corrêa Filho, Heleno Rodrigues. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Health care to informal workers delivered by The SUS in Campinas.

Palavras-chave em inglês:

Occupational health

Health care (Public health)

Surveillance of the workers health

Workers

Informal sector (Economics)

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Silvia Maria Santiago [Orientador]

Herling Gregorio Aguilar Alonzo

Maria da Graça Garcia Andrade

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Rodolfo de Andrade Gouveia Vilela

Data da defesa: 04-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

SALMA REGINA RODRIGUES BALISTA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO

2. PROF(A). DR(A). HERLING GREGORIO AGUILAR ALONZO

3. PROF(A). DR(A). MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE

4. PROF(A).DR(A). LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

5. PROF(A).DR(A). RODOLFO DE ANDRADE GOUVEIA VILELA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 04 de fevereiro de 2013

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, Salma Naked Rodrigues, por
me dar como exemplo a sua vida.*

*Aos profissionais de saúde que dedicam o
melhor de si para construir o SUS a cada dia
e a cada desafio.*

*Aos trabalhadores informais que lutam de
muitas formas por uma vida digna.*

AGRADECIMENTOS

À minha professora e orientadora Silvia Maria Santiago, pela seriedade e dedicação na condução desse estudo e pelo profundo respeito ao caminho percorrido por mim nesse processo de aprendizagem e de vida. Sua orientação e apoio foram fundamentais.

Ao meu professor Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pela coorientação desse estudo e pelo exemplo de militância na defesa da saúde dos trabalhadores.

Aos professores Herling Alonzo, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Maria da Graça Andrade, pelas importantes contribuições por ocasião da qualificação.

Aos trabalhadores informais que entrevistei, por oferecerem parte de seu tempo e de sua história para a construção dessa pesquisa. Eles foram a estrela desse trabalho.

Às lideranças de trabalhadores, por sua colaboração na elaboração e na execução dessa pesquisa.

Aos profissionais e gestores da saúde que participaram das diferentes fases da pesquisa e do suporte para que ela acontecesse, por sua importante colaboração à realização desse trabalho.

Ao meu marido Gilberto, por seu amor, paciência, compreensão e apoio essenciais durante esses anos de atenção e tempo dedicados ao estudo. Seu amor me dá força.

Aos meus filhos André e Lígia, pelo incentivo aos meus estudos e pela leveza de seu amor; um alento em meus momentos de tensão.

À minha mãe Salma e minha irmã Célia, pela torcida entusiasmada e incansável.

À Lígia, à Célia e à Larissa, pela revisão texto.

Às minhas amigas e companheiras de trabalho Mena, Brigina, Andréa Tavares, Sheila, Carmo, Milena e Rosa Bueno, presentes, com firmeza e afeto, em muitos momentos importantes.

À minha querida equipe do Devisa e aos companheiros do Programa de Educação Permanente, pela compreensão por minha ausência e pelo suporte para que eu pudesse realizar esse trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde e ao Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, pela viabilização dessa pesquisa.

Aos funcionários e docentes do Departamento de Saúde Coletiva e da Pós-Graduação da FCM, sem os quais o trabalho acadêmico não seria possível.

Quem foi que disse que eu escrevo para as elites?

Quem foi que disse que eu escrevo para o *bas-fond*?

Eu escrevo para a Maria de Todo o Dia.

Eu escrevo para o João Cara de Pão.

Para você, que está com este jornal na mão...

E de súbito descobre que a única novidade é a poesia,

O resto não passa de crônica policial – social – política.

E os jornais sempre proclamam que “a situação é crítica”!

Mas eu escrevo é para o João e a Maria,

Que quase sempre estão em situação crítica!

E por isso as minhas palavras são quotidianas como o pão nosso de cada dia

E a minha poesia é natural e simples como a água bebida na concha da mão.

Mário Quintana

(“Dedicatória” – do livro *A cor do invisível*)

	Pág.
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
1 - INTRODUÇÃO	33
1.1 – Nos princípios do SUS, a orientação desse estudo.....	36
1.2 – A vigilância da saúde do trabalhador no SUS.....	38
1.3 – A vigilância da saúde do trabalhador em Campinas.....	40
1.4 – O trabalhador informal: definições e características.....	42
1.5 – O trabalhador informal e o SUS	44
1.5 – A informação para a tomada de decisão	48
1.6 – A notificação de agravos	51
2 - OBJETIVOS	57
2.1 – Objetivo geral	59
2.2 – Objetivos específicos	59
3 – SUJEITOS E MÉTODOS	61
3.1 – Aspectos éticos	63
3.2 – O local da pesquisa.....	63
3.3 – A opção metodológica.....	63
3.4 – Os sujeitos	64
3.5 – Primeira fase: as reuniões.....	64

3.6 – Segunda fase: definição dos serviços de saúde e dos entrevistados	66
3.7 – Terceira fase: o inquérito nos serviços de urgência.....	67
3.8 – Quarta fase: as ligações para agendar e a primeira entrevista realizada pessoalmente	69
3.9 – Quinta fase: entrevistas por telefone	69
3.10 – Sexta fase: entrevistas presenciais	71
3.11 – Sétima fase: os sindicatos, profissionais e gestores da saúde.....	73
3.12 – A síntese das fases e das entrevistas.....	74
3.13 – A análise	77
3.14 – Divulgação dos resultados	80
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
4.1 – Os trabalhadores informais são um grupo vulnerável: sua caracterização	83
4.2 – Itinerário terapêutico: a trajetória em busca de atenção em saúde.....	95
4.3 – O reconhecimento dos trabalhadores informais como grupo vulnerável e a organização dos serviços de saúde para desenvolver atenção integral em saúde	120
5 - CONCLUSÃO	121
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
7 - APÊNDICES	121

LISTA DE SIGLAS

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho

Cerest: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID: Classificação Internacional de Doenças

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

Cosat: Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde

Covisa: Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CS: Centro de Saúde

Devisa: Departamento de Vigilância em Saúde

Dort: Distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho

DRT: Delegacia Regional do Trabalho

Fundacentro: Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

LER: lesão por esforço repetitivo

PA: pronto-atendimento

Pair: Perda auditiva induzida por ruído

PME: Pesquisa Mensal do Emprego

PMC: Prefeitura Municipal de Campinas

PS: pronto-socorro

RAAT: Relatório de Atendimento do Acidentado do Trabalho

Renast: Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

SES: Secretaria de Estado da Saúde

Sinan: Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

Vigitel: Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico

Visa: Vigilância em Saúde

Visatra: Sistema de Informação de Vigilância de Saúde do Trabalhador

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Atendimentos no Pronto Atendimento da região central segundo anotação de vínculo com mercado de trabalho e de telefone. Campinas, SP, 2011..... Pág. 70

Quadro 1: Desenvolvimento das fases da pesquisa ao longo do tempo..... Pág. 76

Quadro 2: Síntese dos objetivos/questões a serem respondidas por diferentes sujeitos..... Pág. 78



RESUMO

Essa pesquisa objetiva analisar a atenção em saúde ao trabalhador do mercado informal pelo SUS, no município de Campinas, SP. No mercado informal podem estar presentes riscos e incidências ainda maiores do que no mercado formal; soma-se a isso a falta de proteção previdenciária, o que os caracteriza como um grupo vulnerável, ao qual devem ser dirigidas ações de saúde. O SUS desempenha papel estratégico de inclusão, na medida em que se constitui em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, com ações individuais e coletivas, e estimular e promover o controle social por parte dos trabalhadores. Os objetivos do estudo são identificar quais as categorias de trabalhadores informais que mais demandam atenção em saúde no SUS Campinas, quais os serviços de saúde mais procurados, que ações de caráter individual e coletivo foram dirigidas aos trabalhadores, quais dificuldades os serviços têm em reconhecer o usuário como trabalhador do mercado informal, em notificar os agravos à saúde desses trabalhadores e em desenvolver ações para a atenção integral desse grupo. Pela complexidade da questão, a abordagem metodológica escolhida foi a triangulação de métodos. Os sujeitos da pesquisa são gestores e trabalhadores de saúde, dirigentes sindicais e trabalhadores informais. Para a coleta de dados, utilizamos inquérito em serviços de saúde com utilização de formulário e entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontaram a atenção fragmentada; a inexistência de ações de vigilância em saúde voltadas para esse grupo; a forma solitária de construção do itinerário terapêutico pelo trabalhador, passando por vários tipos de serviços de saúde e tendo o serviço de urgência e emergência como importante porta de entrada do sistema; a importância do tempo para seu cuidado; a autonomia dos trabalhadores informais relacionada à sua recuperação para o trabalho; a existência de maior vínculo com profissionais de serviços de referência em reabilitação e saúde do trabalhador; o comprometimento do cuidado integral pela insuficiência da rede de atenção; solidariedade dos profissionais de saúde ao sofrimento.

Palavras chaves: saúde do trabalhador, atenção à saúde, vigilância em saúde do trabalhador, trabalhadores, setor informal (economia).



ABSTRACT

This research analyzes the health care worker by SUS, in the informal market, in Campinas/SP. The informal market presents risks and implications even greater than in the formal market, besides that, there is lack of social security protection, which characterizes them as a vulnerable group, to which should be directed health actions. SUS plays the strategic role of inclusion, as it constitutes public policy with capillarity able to offer an integral and universal health care to the workers, with individual and collective actions, and to stimulate and promote social control by workers. The research objectives are to identify which categories of informal workers require more health care in SUS Campinas, which are the most searched health services, which individual and collective actions are done for workers, which difficulties the services have in recognizing the user as workers in the informal market, notifying the health problems of these workers and developing integral care for these workers. Due to the complexity of the issue, the methodological approach chosen was triangulation of methods. The subjects in this research were managers and health workers, union leaders and informal workers. To collect data, we used survey on health services with forms and semi-structured interviews. The results pointed to fragmented care; the lack of health surveillance actions aimed to this group; the lonely way the workers constructs their therapeutic itinerary , going through several types of health services and having the urgency and emergency department as important gateway system; the importance of time to their care; the autonomy of informal workers related to their recovery to work; the greater bond with professional reference services in rehabilitation and occupational health; the commitment of integral care by insufficient care network the solidarity of health professionals to suffering.

Key-words: occupational health, health care, surveillance of the workers health, workers, informal sector (economics).



1 - INTRODUÇÃO

Essa pesquisa aborda o tipo de atenção dispensada ao trabalhador do mercado informal pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A motivação para esse estudo surge do interesse em esclarecer e aprofundar o conhecimento em relação a algumas questões apontadas em pesquisa que desenvolvemos anteriormente, no município de Campinas, São Paulo (1). Naquele estudo observamos que o trabalhador informal que procurasse a Unidade Básica de Saúde apresentando algum acidente de trabalho, como por exemplo queimaduras, cortes ou quedas, tinha seu atendimento realizado, mas não havia registro epidemiológico dos agravos sofridos por esses trabalhadores informais. Os profissionais de saúde relatavam que tinham a preocupação de responder à demanda apresentada pelos usuários, porém não promoviam nenhuma espécie de registro além dos seus prontuários que permitisse destacá-los dos demais como um grupo social que devesse receber ações específicas de saúde por sua vulnerabilidade. O mesmo estudo apontou que intervenções nos ambientes de trabalho não eram desencadeadas a partir de análises dos registros de dados epidemiológicos, mas eram motivadas pelo conhecimento que os profissionais tinham da realidade local de seus territórios, independentemente dos registros nos instrumentos oficiais de notificação. Outro aspecto evidenciado foi relativo às necessidades de informação para se desenvolver a vigilância da saúde do trabalhador no município e as possibilidades de obtê-las por meio do Sistema de Informação de Vigilância de Saúde do Trabalhador (Visatra) desenvolvido no próprio município ou do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), proposto e utilizado pelo Ministério da Saúde em todo o país. Ainda que o sistema municipal oferecesse maiores possibilidades de informação relativas ao local de trabalho, tornou-se inviável a utilização de dois sistemas de informação simultaneamente, já que era imprescindível a adesão ao sistema nacional (2, 3).

Do duplo lugar de pesquisadora e profissional de saúde da equipe de coordenação do sistema municipal de vigilância em saúde, por meio do presente estudo, pudemos nos aprofundar na compreensão de como o SUS acolhe e

responde às necessidades de saúde que os trabalhadores informais apresentam.

1.1 – Nos princípios do SUS, a orientação desse estudo

A Constituição Federal de 1988 (4) instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu o direito à saúde para toda a população brasileira, aí incluídos os trabalhadores, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços de saúde, para promoção, prevenção e recuperação da saúde. E ainda, previu diretrizes para organização das ações de serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada, descentralizada e com participação da comunidade. Deseja-se um sistema de saúde resolutivo, que identifique no território de atuação as situações de risco que precisem ser enfrentadas com ações de saúde, ou seja, capaz de dar respostas eficientes aos problemas da população (5).

Os princípios e diretrizes que fundamentam o SUS deverão nortear as análises desse estudo, tomando-se a integralidade como o eixo central.

Mattos faz uma reflexão dos sentidos dados para a integralidade a partir de três aspectos: como um traço da boa medicina (a busca da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta, por parte dos diferentes profissionais de saúde, com a revisão dos seus processos de trabalho e de suas posturas profissionais e pessoais frente a essas necessidades), como modo de organizar os serviços e as práticas de saúde (a superação da fragmentação e da dissociação das práticas de saúde pública e de assistência e ainda a compatibilização entre as necessidades referidas pela população e aquela identificada pelos técnicos a partir de instrumentais da clínica e da epidemiologia) e, finalmente, como a resposta governamental a problemas de saúde de grupos específicos, indo além do setor saúde. Como ideia central, o autor apresenta a integralidade como um objetivo, um ideal a ser atingido (6).

Podemos entender a integralidade no espaço da unidade básica de saúde como o esforço das equipes de serviços em compreender e buscar respostas para as necessidades de saúde que o usuário apresenta, muitas vezes complexas. A essa integralidade, Cecílio (7) dá o nome de “integralidade focalizada”.

Outra expressão utilizada por esse autor (7), a “integralidade ampliada”, traz a ideia de que a pessoa com necessidades de saúde – foco principal e razão de ser dos serviços de saúde – não conseguirá ter todas elas atendidas por um único serviço de saúde, podendo vê-las respondidas e atendidas somente de maneira articulada com uma rede de serviços dentro e fora do setor saúde. As diferentes tecnologias em saúde estão disponibilizadas em uma ampla rede de serviços e, para atender a algumas necessidades, é preciso uma ação intersetorial.

A dificuldade dos profissionais de saúde em se envolver com os seus pacientes, em escutar as necessidades sentidas e trazidas por eles e também a sua incapacidade de ter uma visão integral sobre o usuário frequentemente são causas do insucesso no cuidado da saúde das pessoas (6, 7); produz-se uma abordagem fragmentada através de diversos profissionais, sem o estabelecimento do vínculo imprescindível entre o profissional e o usuário (8). A dificuldade dos profissionais é acrescida pela limitação do sistema em ajudá-los a dar respostas mais adequadas.

As necessidades diferenciadas de saúde apresentadas por grupos específicos devem ser identificadas pela equipe de saúde e atendidas por meio de ações também diferenciadas, bem como, o reconhecimento da existência de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer e reivindicar respostas às suas necessidades são importantes para a promoção da integralidade do cuidado em saúde com equidade (7).

A equipe de saúde que conhece seus indicadores e os utiliza para planejar melhor suas ações de intervenção pode identificar no território situações de risco e grupos mais vulneráveis e que, por essa condição, devam ser priorizados e receberem ação destacada. A definição de grupos e temas a serem escolhidos e

trabalhados será tanto mais acertada quanto for compartilhada entre os profissionais de saúde e os usuários, em espaços coletivos de discussão, decisão e elaboração de contratos, como proposto no método da roda por Campos (9). Esse método favorece a superação de dificuldades relativas às mudanças, às adequações do planejamento de ações de saúde de modo que possam produzir maior efeito sobre problemas que os sujeitos envolvidos e ouvidos identifiquem como importantes para serem enfrentados.

1.2 – A vigilância da saúde do trabalhador no SUS

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde instituíram e deram o ordenamento legal ao SUS e nele, ao campo da Saúde do Trabalhador (4, 5).

O SUS se constituiu em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, combinando ações individuais e coletivas, para estimular e promover o controle social das políticas públicas de trabalho e saúde por parte dos trabalhadores (4, 5).

Teve caráter contra-hegemônico na política do Brasil uma vez que os princípios do estado mínimo dominaram as políticas públicas, constringendo o SUS em uma época em que a carência de recursos orçamentários era determinada por restrições ao tamanho do aparelho de estado, embora o SUS necessitasse se expandir.

A implantação do SUS teve o mérito de dar aos seus profissionais a prerrogativa de exercer a vigilância da saúde do trabalhador nos locais de trabalho, incluindo a fiscalização das condições e ambientes de trabalho, de forma multidisciplinar e interinstitucional, com o objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas suas ações, embora sua execução tenha ocorrido de forma desintegrada e, por vezes, conflituosa com o Ministério do Trabalho (10, 11).

A concepção de vigilância da saúde do trabalhador surgiu dentro dos Programas de Saúde do Trabalhador, combinou componentes das vigilâncias sanitária e epidemiológica e das inspeções em ambientes de trabalho, congregou componentes para a abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde como: tecnologias utilizadas nos processos de produção; epidemiologia para a avaliação de risco; elementos sociais como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o processo de trabalho como categoria e objeto fundamental para sua análise e intervenção (5, 12). Essa concepção requer abordagem ampliada e deve ser exercida pelos diferentes atores que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde (12) e favorece a integralidade das ações para o cuidado da saúde dos trabalhadores (13).

Os esforços para a implantação do SUS e de conquista da cidadania somaram-se à elaboração de leis de importância para a organização da gestão do SUS e da saúde do trabalhador. Definiram as atribuições do SUS e garantiram direitos aos trabalhadores, a exemplo das constituições estaduais e leis orgânicas de municípios, dos códigos sanitários estaduais, de normas ministeriais, dentre as quais destacamos aquelas relativas à criação e revisão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS, recomendando a organização da saúde do trabalhador em rede articulada com a vigilância em saúde, os serviços de atenção à saúde e com áreas externas ao setor saúde, como o meio ambiente, em todos os estados e municípios do país (14-16).

Ainda que a recomendação da Renast fosse a articulação entre as áreas assistenciais e de vigilância, na prática, o que se verificou foi a preponderância histórica da assistência e as dificuldades relativas à integração intra e interinstitucional (17, 18).

O processo de implantação e revisão da Renast evidenciou as diferentes posições defendidas por áreas do Ministério da Saúde referentes à Saúde do Trabalhador, como a Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat)

anteriormente ligada à Secretaria de Políticas Públicas e a assessoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Assistência à Saúde. A vinculação da Cosat ora a uma secretaria ora a outra, como a partir de 2007 à Secretaria de Vigilância em Saúde, demonstra a fragmentação institucional e a dificuldade de estabelecer conexões do Ministério da Saúde e do campo da saúde do trabalhador (19).

Como apontam Leão e Vasconcellos (19), a Renast não atua efetivamente como rede por apresentar concepção restrita da integralidade da atenção à saúde que privilegia as ações assistenciais em detrimento de ações de vigilância, educação e comunicação; e ainda, devido à heterogeneidade de inserção dos Cerest nas estruturas estaduais e municipais aliada à compreensão equivocada de profissionais desses centros de referência que, a propósito de realizarem o acolhimento dos trabalhadores, reforçam a atitude assistencialista; e finalmente, o entendimento equivocado da Renast como estrutura perene ao invés de promover a estruturação do próprio SUS em todos os tipos de ação e serviços.

Já em 1997, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (20) advertiam que a Saúde do Trabalhador não era preocupação central da Saúde Pública e que as dificuldades financeiras e de recursos humanos que o SUS enfrentava contribuíam para que não fosse estruturada uma ação integral e ao mesmo tempo diferenciada para os trabalhadores.

Mais recentemente, em agosto de 2012, a Portaria 1823 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância. É mais uma tentativa de dar destaque à amplitude e à complexidade do tema da Saúde do Trabalhador, na perspectiva da integralidade da atenção, da transversalidade das ações, com foco no trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (13).

1.3 – A vigilância da saúde do trabalhador em Campinas

O Município de Campinas buscou aprimorar as ações de saúde, em especial no período de 1990 a meados dos anos 2000. Para isso consolidou uma rede de serviços complexa e empregou estratégias visando a: fortalecer a descentralização; aumentar a percepção das necessidades de saúde da população; ampliar o acesso ao cuidado e a capacidade de intervenção efetiva; e manter a qualidade técnica (2).

Nesse processo foi realizada a descentralização das ações de vigilância em saúde para todas as unidades básicas de saúde do município. A vigilância da saúde do trabalhador foi incluída como subconjunto dos conteúdos de práticas e saberes das áreas temáticas de vigilância em saúde, que poderia ser potencializado por meio dos profissionais do Cerest – Campinas que foram descentralizados para as equipes distritais de vigilância em saúde (2).

Pretendeu-se dar capilaridade às ações de vigilância nos distritos sanitários e aperfeiçoar a política de atenção aos trabalhadores dentro do SUS (2).

Assim, ações de vigilância da saúde do trabalhador são desenvolvidas pelas equipes das unidades básicas de saúde e equipes distritais de vigilância em saúde e estão sob a coordenação técnica compartilhada entre o Cerest e o Departamento de Vigilância em Saúde, o que acarreta dificuldades ao processo de trabalho (1).

Ainda que documentos da Secretaria Municipal de Saúde expressassem claramente a diretriz de descentralização tanto da assistência como da vigilância, como estratégia de aumento da resolutividade e abrangência dos serviços, a necessidade de maiores subsídios de informação (vigilância epidemiológica), especialmente em relação à intervenção sobre os riscos do trabalho informal (21, 22), verificou-se que a descentralização da vigilância da saúde do trabalhador ocorreu de forma parcial, com necessidade de revisão e definições mais claras dos papéis e atribuições dos serviços integrantes do sistema de saúde de Campinas (1).

1.4 – O trabalhador informal: definições e características.

A informalidade, conforme aponta Itikawa (23), não é um fenômeno exclusivo de países periféricos em relação à economia. Ela está subjacente às transformações da economia mundial tanto no trabalho formal quanto nas novas modalidades de trabalho informal que vêm ocorrendo nos países centrais.

Segundo Noronha (24), o termo informalidade tem vários significados, refere-se a fenômenos diversos e depende do significado da palavra formalidade, ou seja, do contrato formal predominante em determinado período, em cada país, região, setor ou categoria profissional, tomando-se como pressuposto a disputa entre segmentos para definir novas noções de contrato de trabalho moralmente defensáveis. No Brasil a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) é o parâmetro do bom contrato. No seu estudo faz uma redefinição conceitual da informalidade baseada nas noções de contratos eficientes para a área da economia, legais para o direito e justos para a opinião pública. Assim, para a economia, trabalho informal está associado a atividades periféricas não rentáveis; para os juristas não há contratos formais ou informais, mas sim contratos legais ou ilegais e registros que comprovem o status de empregado, empregador ou autônomo; e para a opinião pública, significa sem carteira assinada ou registro de autônomo ou empregador, ainda que possa ser entendido como um contrato justo (24).

Em estudo desenvolvido por Leone (25), é apresentada uma definição de trabalho informal, com o objetivo de facilitar a operacionalização empírica. Assim,

[...] considerou-se como trabalhador não formal aqueles trabalhadores que careciam de contrato de trabalho com o empregador (empregados sem carteira, trabalhador doméstico sem carteira, conta-própria, empregador e trabalhadores na autoconstrução, no autoconsumo e não-remunerados) e, por oposição, como formais, aqueles trabalhadores com algum tipo de contrato com o empregador, seja pela CLT ou pelo Estatuto do Servidor Público (25)(p 28).

Segundo a Pesquisa Mensal do Emprego (PME) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em regiões metropolitanas, houve melhora dos indicadores no primeiro semestre de 2011 em relação ao mesmo período de 2010. O nível de informalidade médio da população ocupada no primeiro semestre de 2011 foi de 35,6%, representando queda de 1,6 p.p. em relação ao ano de 2010 e a taxa do mês de junho foi de 35,3, o menor valor registrado para o período desde 2003 (26).

Em estudo feito por Dias e colaboradores (27), identifica-se que no Brasil os trabalhadores informais, frequentemente, apresentam menor escolaridade e fazem parte de grupos vulneráveis ou minorias, como negros, jovens, idosos e mulheres; associam-se ao trabalho informal os salários mais baixos e a pobreza. Crianças e adolescentes persistem no comércio informal de rua, na exploração sexual e no tráfico de drogas, evidenciando a deterioração das condições de trabalho e vida.

O comprometimento da vida de crianças e adolescentes e de suas famílias no trabalho informal nos domicílios na produção de joias é apontado em estudo em município do Estado de São Paulo (28).

Verificou-se, no Brasil, o crescimento dos trabalhadores informais na década de 90 e primeira metade dos anos 2000 (27, 29).

Segundo informação do Sindicato da Construção Civil de Campinas, em 2009, os trabalhadores sem carteira assinada representaram 64% do setor, sendo que no ramo residencial, chegam a 85%.

Ao olharmos para os trabalhadores informais sob o aspecto da cidadania, podemos dizer que esses trabalhadores veem seus direitos comprometidos, pois não têm acesso às garantias sociais e não compõem um corpo coletivo, ou seja, não são reconhecidos como grupo (Cacciamalli, 2000 *apud* (23)).

Segundo Lenza (30), os direitos fundamentais do ser humano podem ser classificados em quatro gerações. A primeira diz respeito aos direitos civis e

políticos que expressam o valor de liberdade, como liberdade de consciência, liberdade pessoal, propriedade privada, inviolabilidade de domicílio, segredo de correspondência. Os direitos humanos de segunda geração são inspirados na Revolução Francesa e referem-se aos direitos sociais, culturais, econômicos e de igualdade. A terceira geração trata de direitos que pretendem garantir a preservação ambiental e o direito dos consumidores frente às modificações sociais decorrentes do desenvolvimento tecnológico e científico. Por fim, os direitos humanos de quarta geração têm como objetivo refrear a impulsividade humana no campo das pesquisas genéticas e biológicas, relacionando-se, portanto, ao campo da ética.

A Constituição Federal de 1988 é vista como aquela que resgata os direitos fundamentais no Brasil e expressa a igualdade entre os cidadãos perante a lei, assegura direitos e deveres individuais e coletivos e direitos sociais, como “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (4)(p 7).

1.5 – O trabalhador informal e o SUS

A reestruturação da economia e globalização do mercado, especialmente na década de 90, provocaram modificações na organização do trabalho com repercussões na estabilidade no emprego, nos salários e, por consequência, na saúde dos trabalhadores. Em época de grandes incertezas, as questões relacionadas à sobrevivência tomaram o centro das atenções dos sindicatos, deixando em segundo plano, aquelas relativas às condições de saúde e proteção social (27).

As transformações do mercado de trabalho como a segmentação das cadeias produtivas, a terceirização para empresas de porte menor e, às vezes, para núcleos familiares, a ampliação da jornada de trabalho, a precariedade do trabalho pelo acúmulo de funções e pelo descumprimento de regulamentos de proteção à saúde trouxeram novos contornos para o adoecimento dos

trabalhadores. Acrescenta-se a isso o aumento da violência e da criminalidade decorrentes dos problemas dos grandes centros urbanos, aumentam as relações entre violência e mortes por acidentes de trabalho e imprimem modificações em eventos tradicionais da área de trabalho e saúde (31). Esses fenômenos favorecem a iniquidade de gênero e idade, contribuindo com a produção de agravos à saúde de crianças (32), adolescentes (33), mulheres e idosos (34).

Dias e cols. (27) destacam ainda que os trabalhadores informais não têm direitos aos benefícios legais trabalhistas e que estão expostos a piores condições no ambiente de trabalho, à falta de segurança e de proteção à saúde.

O trabalho informal e precário confere maior vulnerabilidade a esses grupos da população, que, em geral, estão expostos a condições também precárias de vida. Os processos de terceirização têm sido acompanhado de transferência de postos de trabalho ao mercado informal, o que implica em precarização das condições de trabalho (29).

Dentre os efeitos na saúde dos trabalhadores informais, verificou-se o aumento das mortes relacionadas à violência urbana, especialmente para aqueles ligados ao comércio informal de rua (29).

Em estudo no Estado de São Paulo, Waldwogel (35) identificou coeficientes de mortalidade anual por acidente de trabalho maiores em trabalhadores não segurados. Em outro estudo, verificou-se que, na capital do Estado de São Paulo, a taxa foi de 11,2/100.000 em trabalhadores ocupados contra 10,8/100.000 de segurados (29).

O Ministério do Trabalho e Emprego, já em 1997, apontava que os coeficientes de incidência de acidentes de trabalho fatais mais altos estavam entre as atividades econômicas da construção civil, transportes e comunicações e indústria extrativa, considerando, portanto, os trabalhadores formais. A construção civil tem sido apontada como a atividade mais geradora de acidentes no mercado formal: grande parte de ajudantes gerais, sem experiência e sem treinamento, alta

periculosidade (queda de andaimes e escadas, máquinas e ferramentas perigosas, material explosivo, gases venenosos, substâncias tóxicas e corrosivas, equipamentos inadequados, sem manutenção, não adoção de rotinas de segurança). Na cidade de São Paulo no ano de 2000, 34,4% dos trabalhadores desse setor era informal (31). Podemos dizer que esses trabalhadores estão expostos a condições de trabalho iguais ou piores do que os trabalhadores formais.

A construção civil foi a atividade econômica com maior risco de acidentes, em Campinas, segundo estudo de Salerno (1998 *apud* (29)); já Waldvogel (35) identificou o ramo de transporte e comunicação como de maior risco, seguido da construção civil e da indústria manufatureira.

Ainda que em estudo realizado nos municípios de Campinas, SP e Uberaba, MG, tenha-se observado taxas de incidência acumuladas de doenças entre os trabalhadores informais semelhantes ou inferiores às taxas encontradas em outros estudos do setor formal e informal, contrariando a hipótese inicial dos autores de que haveria maior risco de doenças associado ao trabalho informal e precário, os autores relataram a presença de riscos relacionados ao trabalho precário e perigoso realizado pelos trabalhadores envolvidos na pesquisa, e chamaram a atenção para a importância das ações de saúde no cuidado dessas pessoas (34).

Acrescente-se que, segundo Cordeiro et al. (10), há um desconhecimento sobre o que acontece com o trabalhador do mercado informal na economia brasileira, pois não existe um sistema de informação que o inclua.

O SUS desempenha papel estratégico de inclusão dos trabalhadores ligados ao mercado informal de trabalho, na medida em que se constitui em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, com ações individuais e coletivas e estimular e promover o controle social por parte dos trabalhadores (36).

Conforme aponta Cecílio (7), a superação da não-integralidade a grupos específicos só poderá acontecer se ela for captada na sua singularidade, ou seja, no espaço individual da prestação do cuidado, no encontro do usuário – esse trabalhador do mercado informal – com o profissional da unidade de saúde; encontro que esse estudo procura verificar.

Em outro estudo realizado no município de Campinas sobre a descentralização das ações de vigilância da saúde do trabalhador observou-se que o trabalhador informal é atendido na sua queixa aguda, mas não tem o seu problema registrado e conduzido como algo relacionado ao trabalho e que necessita de uma intervenção do serviço de saúde. Também se verificou que o registro dos acidentes de trabalho pelas UBS era, predominantemente, feito para os trabalhadores do mercado formal, provavelmente devido à exigência burocrática da abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho e que o registro do acidente de trabalho desse trabalhador informal era feito de maneira eventual, não sistemática. Também, observou-se que o registro dos acidentes privilegia o aspecto burocrático e não o caráter epidemiológico da informação do acidente de trabalho, com o objetivo de orientar as ações de intervenção. Isto sugere que os trabalhadores do mercado informal, como grupo social, estão à margem desses serviços de saúde (1, 3).

No mesmo estudo foi possível identificar que os profissionais de saúde reconhecem as ações de vigilância da saúde do trabalhador como de responsabilidade das UBS, o que reforça o acerto do esforço de descentralização que vem sendo implementado no município. Contudo, também se identificou necessidade de aprimoramento dessas ações, com o estabelecimento de fluxos, rotinas e procedimentos, capacitação e envolvimento das equipes, aproximação das equipes de Vigilância em Saúde e de Saúde do Trabalhador da rede de atenção primária, organização e disseminação da informação e reorganização das ações de intervenção (1, 3).

Esse achado reforça a ideia de que a vigilância da saúde do trabalhador ainda carece de conceitos, formulações e mecanismos que abordem de forma adequada as questões relativas ao amplo e crescente universo de trabalhadores do mercado informal, fruto da reestruturação produtiva da atualidade, conforme apontam Minayo-Gomez e Lacaz (36). No mercado informal podem estar presentes riscos e incidências ainda maiores do que no mercado formal, portanto a vigilância em saúde do trabalhador deve voltar seu foco para esse segmento dos trabalhadores (34, 37).

Verificou-se que o trabalhador do mercado informal não recebe ações para seu problema relacionado ao trabalho, além do atendimento individual à sua queixa, que recebe na Unidade Básica de Saúde (1). Assim, um grupo social permanece excluído também pelos serviços de saúde, sem conseguir participar das disputas por recursos de atenção às suas necessidades. A UBS poderia aproveitar esse espaço da atenção individual para reconhecer e, buscando a integralidade, atender às necessidades de grupos específicos que se expressam singularmente, segundo Cecílio (38).

1.5 – A informação para a tomada de decisão

A coleta de dados, seu registro e análise com o objetivo de direcionar as ações sanitárias constituem-se em processos que datam da época de Hipócrates. No entanto, o primeiro registro de uma ação sanitária orientada pela vigilância, refere-se à epidemia de peste bubônica no século XIV, quando autoridades da República de Veneza determinaram a quarentena de tripulantes de navios que apresentassem sintomas da doença. Na Inglaterra, no século XVII, têm-se os primeiros registros de dados demográficos e de eventos relacionados à saúde e no século XIX, o médico William Farr desenvolveu um sistema de coleta, análise e divulgação de estatísticas vitais voltado para a melhoria das condições de vida da população. Também no século XIX, a notificação compulsória de doenças foi instituída para conhecer o comportamento das doenças na população (39).

Nos Estados Unidos, criou-se em 1951, o Serviço de Inteligência para Epidemias do Centro de Controle de Doenças, que, até hoje, possui um amplo programa de capacitação em epidemiologia de campo, com ênfase na investigação de surtos, avaliação de medidas de prevenção e controle de doenças (39).

A campanha de erradicação da varíola desenvolvida no mundo todo pela Organização Mundial de Saúde, nas décadas de 60 e 70 do século XX, proporcionou a ampla divulgação da vigilância epidemiológica como instrumento útil para o controle de doenças, com evidente privilégio da abordagem das doenças transmissíveis. Em 1968, a 21^a Assembleia Mundial de Saúde recomendou a ampliação da utilização da vigilância epidemiológica para o controle de quaisquer agravos à saúde, como malformações congênitas, envenenamentos, câncer, acidentes, doenças profissionais (39).

A Organização Pan-Americana de Saúde, no seu Plano Decenal de Saúde das Américas, em 1970, indicou que os países instituíssem seus “sistemas de vigilância, com o objetivo de conhecer permanentemente os fatores condicionantes das doenças mais relevantes em saúde pública, para permitir medidas adequadas e oportunas (39) (p 489).

No Brasil, adotou-se a notificação compulsória no final do século XIX, para, mediante a aplicação da quarentena e do isolamento, controlar as doenças transmissíveis (39).

Na década de 70, no Brasil, além da realização da campanha de erradicação da varíola, ocorreu a centralização das notificações compulsórias de doenças no país e a divulgação dos dados através de Boletim Epidemiológico. Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (39).

Em 1984, no Estado de São Paulo, iniciou-se a notificação de eventos adversos pós-vacinação, que seria mais, tarde, na década de 90, ampliada para todo o país. Era a primeira iniciativa de um sistema de vigilância relacionado ao

uso de tecnologias médicas. A partir da década de 90 ocorreram importantes avanços: a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o desenvolvimento da farmacovigilância, o sistema de vigilância de traumas e lesões, de doenças crônicas, da vigilância ambiental (39).

Waldman (39) aponta que a vigilância de um agravo à saúde é composta por dois subsistemas: o subsistema de informação para agilização das ações e o subsistema de inteligência epidemiológica. O primeiro, atua nos níveis locais do sistema de saúde, e deve identificar e controlar os agravos, de maneira articulada com as equipes de planejamento e avaliação, produzindo normas adequadas à realidade local dos serviços de saúde. O segundo, deve elaborar as bases técnicas dos programas de controle dos agravos, fundamentadas no conhecimento científico de caráter universal.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, no Guia de Vigilância Epidemiológica apresenta como propósito da vigilância epidemiológica o fornecimento de “orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos” (40)(p 18). Aponta que a Vigilância Epidemiológica se constitui em instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde e destaca a importância da qualidade da informação e para a tomada de decisão. E ainda, destaca a importância de incluir entre os dados coletados, aqueles demográficos e socioeconômicos que permitam compreender a dinâmica da população e das condições de vida determinantes de doenças e agravos sob vigilância (40). Há que se destacar que ainda que o órgão governamental seja denominado “vigilância em saúde”, trata-se de analogia ao termo utilizado por Waldman (39), qual seja “vigilância em saúde pública” que apresenta o mesmo escopo que a “vigilância epidemiológica”, todas elas centradas em doenças ou agravos à saúde.

Já Fialho-Júnior (41) argumenta sobre a importância do uso da informação no nível local, para a definição de estratégias e ações que possam causar impacto

nos problemas de saúde daquela localidade, dar respostas às questões do cotidiano, de um modo sem fragmentação entre aqueles que produzem os dados, os que os analisam e os que os utilizam, como pode sugerir a separação dos dois subsistemas de vigilância apontada por Waldman (39).

A ideia da articulação epidemiologia-informação está fortemente presente nos apontamentos de Drumond-Júnior (42), indicando a importância da agilidade na produção do conhecimento para a tomada de decisão oportuna e adequada para abordagem e enfrentamento dos agravos no cotidiano dos serviços de saúde. Essa argumentação nos parece reforço à ideia de trabalho integrado e não fragmentado.

1.6 – A notificação de agravos

Desde 1995, a notificação de agravos no SUS passou a ser feita utilizando-se o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan. Em 2004, foi publicada a Portaria 777 do Ministério da Saúde, que instituiu onze agravos relacionados à saúde do trabalhador como de notificação compulsória em unidades sentinela. São eles:

1. Acidente com exposição a material biológico
2. Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes;
3. Acidentes de trabalho com mutilações;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer relacionado ao trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort);

8. Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
9. Perda auditiva induzida por ruído (Pair);
10. Pneumoconioses;
11. Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

E também criou a rede sentinela:

Art. 2º Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no §1º do artigo 1º, desta Portaria, constituída por:

I - centros de referência em saúde do trabalhador;

II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e

III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio (43).

Estabeleceu ainda que a rede sentinela seria organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde e ainda, que os procedimentos técnicos de vigilância em saúde do trabalhador deveriam estar articulados com aqueles da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (43).

A Portaria 104 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2011 representou complemento e avanço em relação à Portaria 777 de 2004, na medida em que incorporou a notificação universal de exposições ambientais e reuniu diversas normas sobre notificação em uma única, favorecendo a

organização dos fluxos. Ela definiu terminologias conforme o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabeleceu fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Nela estão mantidos os agravos relacionados ao trabalho e notificação compulsória por meio da rede sentinela (44).

No Estado de São Paulo, entretanto, a Resolução nº 63 da Secretaria de Saúde de 30 de abril de 2009, já ampliava a notificação compulsória para todas as unidades de saúde do SUS, à semelhança de outros agravos e regulamentava o fluxo da notificação (45).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora veio reforçar a necessidade da inclusão das notificações dos agravos à saúde do trabalhador definidos como prioritários nos mesmos fluxos e lógicas dos demais, procurando harmonizar conceitos e instrumentos de notificação com os demais componentes da vigilância, especialmente para a notificação dos acidentes e violência (13).

No município de Campinas, em 2004, houve a iniciativa de elaboração de um programa de informática próprio, denominado Sistema de Vigilância à Saúde do Trabalhador (Visatra), que pretendia abordar de forma integrada aspectos do atendimento médico do trabalhador, do ambiente de trabalho e das ações desencadeadas, que são questões tradicionalmente abordadas e registradas de maneira fragmentada por sistemas de informação específicos de vigilância epidemiológica, sanitária e de assistência à saúde. Porém, a proposta municipal não foi implantada, já que houve uma decisão de não adotar um sistema paralelo ao oficial que o Ministério da Saúde deveria implantar, o Sinan -NET, porque a utilização de dois sistemas de informação pareceu inviável. Mesmo que o Sinan -NET não fosse o mais adequado às necessidades do município, por não contemplar os aspectos locais de vigilância sanitária e manter a abordagem por agravos tradicional fragmentada dos sistemas de informação, à época pareceu

estratégico optar pelo sistema que veio como determinação do Ministério da Saúde. Essa questão nos incita a sugerir que sejam revistos os sistemas de informação a fim de fornecer de modo mais integrado as informações necessárias a quem delas se utiliza, relativas à assistência à saúde, à vigilância epidemiológica e sanitária envolvidas na atenção à saúde dos trabalhadores, uma vez que não negamos as vantagens do uso de sistemas nacionais, desde que atendam também as demandas do nível local do SUS (2).

A notificação dos onze agravos relacionados ao trabalho, utilizando-se o Sinan-NET, está sendo implementada no Estado de São Paulo e, no município de Campinas, de forma lenta. Ainda que haja limitações na sua implantação e utilização, podemos destacar que a notificação por meio do Sinan permite a codificação das causas do acidente ou doença com a utilização do capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID), ao contrário do Ministério da Previdência Social, que determina o uso do capítulo XIX, que só distingue o tipo nosológico ou sede anatômica do corpo atingido, impedindo saber se o trabalho foi a causa imediata.

Consideramos que a invisibilidade do trabalhador informal por meio do Sistema de Informação (10) favorece a ausência de formulação de políticas públicas para esse trabalhador, ainda que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora estabeleça que o trabalhador informal tenha seus dados registrados como tal nos diversos sistemas de informação (13). Por trabalharem em atividades não fiscalizadas rotineiramente e, por vezes, não regulamentadas, os agravos de saúde desses trabalhadores não são relacionados à sua atividade laboral, logo, não são conhecidas pelo SUS para abordá-las adequadamente e para a correção dos processos de trabalho, dentro da competência do SUS bem como acionando outros órgãos. E ainda que o trabalhador seja identificado com algum agravo à sua saúde, não é reconhecido como parte de um grupo da população que deva ser objeto de ação de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Assim, o presente estudo tem sua justificativa na necessidade de compreender melhor as dificuldades e desafios existentes para a oferta de ações de saúde que atendam às necessidades de saúde dos trabalhadores do mercado informal e dessa forma, poder propor formas mais adequadas de superá-los. Para iluminar esse tema, o estudo procurou dar voz aos sujeitos envolvidos, com destaque para os trabalhadores informais.



2 - OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Analisar a atenção à saúde dos trabalhadores informais no SUS-Campinas, a partir dos itinerários terapêuticos de trabalhadores e considerando a estrutura assistencial e de vigilância do município.

2.2 – Objetivos específicos

1. Identificar junto a diferentes grupos de implicados quais as categorias de trabalhadores informais que mais demandam atenção em saúde no SUS Campinas.
2. Identificar os serviços de saúde mais procurados e as ações de caráter individual e coletivo dirigidas aos trabalhadores informais.
3. Recuperar e compreender o itinerário terapêutico mais frequente desenvolvido por alguns trabalhadores informais em busca do atendimento de suas necessidades de saúde, especialmente relacionadas ao acesso às tecnologias para resolver problemas de saúde.
4. Conhecer quais dificuldades as unidades de urgência e emergência, de vigilância em saúde, de referência em saúde do trabalhador e em reabilitação têm em reconhecer o usuário como trabalhador do mercado informal e desenvolver ações que componham a atenção integral para esse grupo social.



3 – SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 – Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu os princípios estabelecidos pela resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o seu protocolo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, conforme Parecer CEP nº 275/2011 e CAAE nº 0219.0.146.146-11 de 26/04/11 e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, conforme parecer CEP 009/11 e CAAE nº 0006.0.396.000-11 de 22/08/11.

3.2 – O local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Campinas, São Paulo.

3.3 – A opção metodológica

Trata-se de uma pesquisa que utilizou metodologia qualitativa e quantitativa para procurar captar a complexidade do tema e oferecer elementos para a gestão em saúde.

Pela complexidade da questão e devido aos vários ângulos que serão observados, nos aproximaremos da triangulação de métodos citada por Minayo (46), que está recomendada para estas situações onde vários atores, cenários e contextos estão colocados.

Assim, a aproximação de um problema que apresenta várias questões pode ser feita de formas diferentes que exigem métodos também diferentes; para cada pergunta do pesquisador há a escolha de um método mais adequado para respondê-la, mobilizando estratégias e técnicas possíveis e necessárias para melhor analisar o objeto (47).

A triangulação de métodos, segundo Minayo (48), integra a análise e compreensão das estruturas, dos processos e dos resultados, as visões dos diferentes sujeitos sobre as relações e os processos desenvolvidos. A postura

dialética requerida pelo método favorece a superação da dicotomia entre quantitativo e qualitativo, macro e micro, interior e exterior, sujeito e objeto.

Essa abordagem possibilita iluminar a realidade sob vários ângulos (Denzin, 1979, *apud* (48)).

3.4 – Os sujeitos

Procurando ampliar as possibilidades de abordagem do objeto, ouvimos as vozes dos sujeitos presentes: trabalhador informal, profissionais e gestores da Saúde.

Os sujeitos envolvidos foram gestores, profissionais e usuários da rede de serviços do Sistema Único de Saúde de Campinas (coordenadores de Distritos de Saúde; coordenadores e profissionais de Vigilância em Saúde; colegiado gestor, coordenador e profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest; Comissão de Urgência e Emergência, coordenadores e profissionais dos serviços de urgência e emergência; coordenador e profissionais do Centro de Referência em Reabilitação); Sindicato dos Trabalhadores da Economia Informal de Campinas e região; Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Campinas e região; Coordenadoria de Economia Solidária da Prefeitura Municipal de Campinas e trabalhadores informais de Campinas.

Tomando como referência principal a definição apontada pela Organização Internacional do Trabalho (25), nesse trabalho consideramos como trabalhador informal os indivíduos que trabalham sem documento de contrato de trabalho ou carteira assinada, autônomos que não pagam previdência social, quem trabalha em cooperativas e trabalhos temporários ou esporádicos chamados “bicos”.

Para a coleta de dados, utilizamos diferentes técnicas: reuniões, inquérito em serviços de saúde com utilização de formulário e entrevistas.

3.5 – Primeira fase: as reuniões

Em uma fase inicial e exploratória, para organização da pesquisa, realizamos reuniões com os diferentes grupos de interesse que pudessem contribuir para o delineamento da pesquisa, fornecendo elementos indicativos para identificar de forma mais adequada os sujeitos da pesquisa, as questões de interesse a serem pesquisadas, as unidades e os profissionais de saúde a serem envolvidos (48).

Assim, realizamos reuniões com gestores e profissionais de saúde (coordenadores e apoiadores de distrito; coordenadores e profissionais das equipes distritais de vigilância em saúde; diretor de saúde; diretora de vigilância em saúde; representantes de gestores, trabalhadores de saúde e de usuários integrantes do conselho gestor do Cerest; coordenadora e integrantes da comissão de urgência em emergência), com representantes do Sindicato dos Trabalhadores da Economia Informal de Campinas e região, do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Campinas e região, e também com representante da Coordenadoria de Economia Solidária da Prefeitura Municipal de Campinas. Utilizamos um roteiro orientador (Apêndice 1) do conteúdo a ser abordado nas reuniões para poder identificar quais as categorias de trabalhadores informais que mais demandam atenção em saúde no SUS Campinas, quais unidades de saúde são as mais demandadas, tanto para ações individuais como coletivas, quais profissionais de saúde deveriam ser envolvidos como sujeitos, bem como quais questões esses interessados gostariam de ver respondidas pela pesquisa.

Essas reuniões ofereceram elementos que nos auxiliaram a identificar quais as categorias de trabalhadores informais que mais demandam atenção em saúde no SUS Campinas, ou seja, apontaram as categorias da construção civil, catadores e ambulantes deveriam ser objeto da pesquisa. Também, indicaram que deveriam ser envolvidos na pesquisa gestores e profissionais de saúde das unidades mais envolvidas com o tema, seja por possuírem em suas áreas de abrangência locais que desenvolvem trabalhos informais ou residências desses trabalhadores, por essas unidades serem locais de preferência dos trabalhadores

para o seu atendimento ou ainda, por essas unidades já realizarem algum trabalho voltado para esse grupo. Foi possível identificar questões de interesse dos envolvidos que se referiam à compreensão do trabalho informal, os motivos que levam à informalidade, a percepção que o trabalhador informal tem do próprio trabalho, caracterização do perfil epidemiológico e social dos trabalhadores informais, as consequências econômicas para a sociedade de um acidente ou doença do trabalhador informal, à geração e do uso da informação sobre a saúde desses trabalhadores, à organização do sistema e dos serviços de saúde para oferecer ações de saúde para esses trabalhadores, à articulação do SUS com outros setores para modificar a situação de risco na informalidade e constituir rede de apoio, e por fim, questões relativas à formação dos profissionais de saúde em relação à saúde do trabalhador.

Devido à amplitude das questões levantadas e às reais possibilidades de desenvolvimento e condições de execução da pesquisa, este estudo se ocupou centralmente das questões que estavam mais relacionadas à gestão da saúde, tendo como foco a análise das dificuldades da gestão do sistema de saúde encontradas a partir das trajetórias assistenciais dos trabalhadores informais; dessa forma, não exploramos aquelas questões de ordem econômica e antropológica relativas ao trabalhador informal, bem como da formação de profissionais de saúde.

3.6 – Segunda fase: definição dos serviços de saúde e dos entrevistados

Os trabalhadores informais foram identificados e localizados em serviços de referência para saúde do trabalhador, de reabilitação e de urgência e emergência do SUS. A definição desses serviços baseou-se na indicação das reuniões com os grupos de implicados como aqueles serviços mais utilizados pelos trabalhadores informais, nos resultados verificados em pesquisa no ano de 2006 nos centros de saúde de Campinas sobre a descentralização da vigilância da saúde do trabalhador (1) e ainda, na organização da rede de serviços para a atenção à saúde dos trabalhadores.

Os resultados verificados em pesquisa no ano de 2006, nos centros de saúde de Campinas, apontaram que o trabalhador informal tem o seu atendimento feito nas unidades de atenção primária como qualquer cidadão, sem que seja destacado como grupo social objeto de ações específicas, ou seja, não houve registros nas unidades ou relatos de profissionais que permitissem a identificação desses indivíduos como grupo para os quais sejam previstas ações específicas de saúde, quer individuais ou coletivas. Os relatos apontaram que o acolhimento e o acompanhamento desses indivíduos se dão nas unidades básicas de saúde sem destacar a relação com o trabalho como objeto de intervenção da saúde; desse modo, não há diferenciação desse grupo dos demais cidadãos atendidos nas UBS (1). Devido à realização desse trabalho anterior, julgamos desnecessário o retorno às mesmas unidades de atenção primária, uma vez que as informações relativas à atenção à saúde dos trabalhadores informais já foram levantadas junto aos gestores e profissionais da atenção primária naquela ocasião.

Assim, combinando esses diferentes elementos, a identificação de trabalhadores informais que participaram da pesquisa se deu no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, no Centro de Referência de Reabilitação, em cinco serviços de urgência e emergência (os prontos-socorros dos dois hospitais municipais e três prontos-atendimentos da Secretaria Municipal de Saúde, localizados nos Distritos de Saúde Leste, Sul e Noroeste).

3.7 – Terceira fase: o inquérito nos serviços de urgência

Nos serviços de urgência e emergência utilizamos os registros dos atendimentos realizados para buscarmos os possíveis trabalhadores do mercado informal atendidos, para realizarmos as entrevistas. A identificação desses trabalhadores se deu por meio de anotação do telefone na ficha de atendimento daqueles que trabalham sem carteira assinada, para posterior contato com os trabalhadores. O registro dessas informações foi feito com a utilização de formulário (apêndice 2).

Os atendimentos foram pesquisados a partir da informação se o indivíduo trabalha ou não. Registramos os dados de identificação do paciente, como nome,

idade, sexo, endereço, telefone, número de prontuário, cartão SUS, as hipóteses diagnósticas de todos os agravos registrados e a conduta adotada.

A etapa inicial do inquérito foi realizada em um pronto-atendimento por quatro dias, durante o período de 24 horas. Nessa unidade levantamos todos os atendimentos e os separamos de acordo com a anotação do vínculo com o mercado de trabalho e a existência de um número de telefone que permitisse o contato com o trabalhador. Os resultados desse inquérito são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Atendimentos no Pronto-Atendimento da região central segundo anotação de vínculo com mercado de trabalho e de telefone. Campinas, SP, 2011.

Data	trabalha sem carteira				trabalha		não		total	
	com		sem		com		anotado			
	telefone	telefone	telefone	telefone	carteira	carteira				
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%
27/06 segunda	6	1,94	28	9,06	66	21,36	209	67,63	309	100
28/06 terça	41	12,06	41	12,06	200	58,32	58	17,05	340	100
29/06 quarta	11	3,14	40	11,43	155	44,28	144	41,14	350	100
30/06 quinta	27	8,44	24	7,5	140	4,38	129	40,31	320	100
Total	85	6,44	133	10,09	561	42,53	540	40,94	1319	100

Fonte: Boletins de atendimento do PA. Junho, 2011.

Esse inquérito serviu como norteador para a realização dos levantamentos seguintes, nos outros serviços. Assim, em outros dois serviços, apenas registramos os possíveis trabalhadores informais que possuíam algum telefone para contato.

Os inquéritos realizados em quatro serviços de urgência/emergência permitiram um levantamento preliminar de 223 (duzentos e vinte e três) possíveis sujeitos a serem incluídos na pesquisa.

3.8 – Quarta fase: as ligações para agendar e a primeira entrevista realizada pessoalmente

De posse da relação dos usuários atendidos, possíveis trabalhadores informais, procedemos às ligações telefônicas para agendamento das entrevistas a serem realizadas pessoalmente. Procuramos localizar ao menos dois trabalhadores em cada serviço.

Ao realizarmos os primeiros contatos telefônicos com trabalhadores informais para agendar a entrevista realizada e a realização da primeira entrevista pessoalmente, nos deparamos com dificuldades relativas a diferentes aspectos:

- Necessidade de deslocamento da pesquisadora até a residência ou local de trabalho do trabalhador informal, em diferentes horários do dia ou da noite, podendo representar risco à sua segurança;
- Recusa do trabalhador em comparecer a um serviço de saúde para realizar a entrevista devido a possíveis transtornos na sua rotina, gasto do seu tempo e com transporte, perda de horário de trabalho, sem que isso fosse uma necessidade sua;
- Foi necessário o ressarcimento de despesas apresentadas por um trabalhador que concordou em realizar a entrevista em serviço de saúde, o que foi feito a expensas da pesquisadora, uma vez que a pesquisa não conta com fonte de financiamento.

Diante dessas dificuldades, foi necessária a alteração da forma da entrevista com esses trabalhadores passando a ser realizada por telefone.

3.9 – Quinta fase: entrevistas por telefone

Tomamos como referência a experiência existente do Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico – Vigitel realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para preparamos a abordagem

dessas pessoas por telefone e registro do consentimento dado à participação na pesquisa (49).

As ligações telefônicas foram realizadas pela pesquisadora em sala e telefone do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP e foram gravadas. No seu início, fizemos uma breve apresentação da pesquisadora e da pesquisa e colocando o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP para confirmação ou esclarecimento de dúvida.

Também na parte inicial da conversa foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, assim, o consentimento em participar ficou gravado. Por questões de segurança do participante, retiramos a informação de número de documento de identidade que consta no TCLE original, pois o seu fornecimento por telefone poderia gerar desconfiança quanto à lisura ou às intenções da pesquisa.

Fizemos anotações durante a entrevista e confirmamos as informações com o entrevistado, ficando também gravada essa verificação do conteúdo.

Foram incluídos na pesquisa dois indivíduos da lista gerada em cada serviço por meio do inquérito realizado, que preencherem os requisitos estabelecidos a seguir:

1. Tem 18 anos ou mais e
2. Trabalha sem vínculo com a previdência social (não tem carteira assinada ou carnê de contribuição como autônomo) e
3. Pode ser localizado por telefone e
4. Concorde em participar da pesquisa e ser entrevistado por telefone.

Foram excluídos os indivíduos que não preencheram os requisitos acima ou não demonstraram condições cognitivas para participar da pesquisa.

Nessas entrevistas, levantamos quais necessidades de saúde esses trabalhadores apresentam, especialmente aquelas relativas ao acesso às

tecnologias para resolver problemas de saúde, quais foram ou podem ser atendidas pelo sistema de saúde e quais não foram (Apêndice 3).

A partir da lista gerada em cada serviço, foram feitas 148 ligações telefônicas, correspondendo a 66,37% dos casos constantes na lista inicialmente levantada, até que se conseguisse realizar, ao menos, duas entrevistas por serviços.

Iniciamos a realização das entrevistas com os trabalhadores informais por telefone e nos deparamos com algumas dificuldades.

A primeira delas foi relativa ao número de telefonemas necessários de serem realizados até encontrarmos indivíduos dispostos a participarem da pesquisa, devido a telefones inexistentes ou errados e ao incômodo demonstrado que levou à rejeição à entrevista por telefone, talvez pela associação negativa aos chamados telefônicos para vendas de produtos por operadores de *telemarketing*.

A segunda foi referente à gravação. Houve problemas técnicos com a aparelhagem necessária acarretando perda de algumas gravações, fazendo com que tivéssemos que excluir 01 caso devido a não gravação.

A terceira, diz respeito às possibilidades reduzidas de uma conversa mais longa, que propiciasse o relato mais à vontade sobre a trajetória desenvolvida pelo trabalhador em busca de cuidado de saúde. Isso levou a prejuízo na compreensão de todas as possibilidades utilizadas por esses trabalhadores.

A quarta se refere ao conhecimento dos elementos para caracterização social desses trabalhadores, pois não foram levantados intencionalmente elementos como tipo de moradia, número de moradores no domicílio, renda familiar, escolaridade.

3.10 – Sexta fase: entrevistas presenciais

Fizemos mais uma tentativa utilizando o inquérito no Pronto-Socorro Adulto do maior hospital municipal, no qual, em dois dias de atendimento, foram identificados apenas onze usuários potencialmente trabalhadores informais. Fizemos a localização dos endereços das residências no mapa e identificamos que cinco pessoas moravam a cerca de até 30 minutos a pé de um centro de saúde, com a possibilidade de fazer a entrevista pessoalmente na unidade de saúde. Procedemos às ligações e conseguimos contato com duas pessoas, que não concordaram em realizar as entrevistas.

Diante das dificuldades em realizar as entrevistas por telefone e da necessidade de utilização do todo o potencial da entrevista como possibilidade de aprofundamento do diálogo para melhor compreender as condições de vida e o itinerário terapêutico desenvolvido pelos trabalhadores, modificamos, mais uma vez, a estratégia de abordagem dos trabalhadores e procuramos localizá-los no momento de seu atendimento e realizar as demais entrevistas presencialmente nos serviços de urgência. Realizamos anotações e confirmamos as ideias centrais com os entrevistados; as entrevistas foram gravadas.

Para isso, realizamos pessoalmente o acompanhamento da recepção e do acolhimento de usuários em dois serviços de urgência, durante um período de 4 horas no pronto socorro do hospital municipal e dois períodos de 4 horas em um pronto atendimento da região noroeste. No momento do atendimento, com o auxílio dos profissionais que realizavam o atendimento, perguntávamos se o usuário trabalhava com carteira assinada ou não, como forma de identificação preliminar de trabalhadores informais. Desse modo, identificamos um trabalhador no pronto socorro municipal e realizamos a entrevista enquanto ele aguardava pelo atendimento; no pronto atendimento, identificamos três trabalhadores e as entrevistas foram realizadas após a consulta médica, pois o tempo de espera era menor do que o necessário para a realização da entrevista.

Já nos serviços de referência de saúde do trabalhador e de reabilitação foram identificados e convidados pela própria equipe, respectivamente, três e dois

trabalhadores informais que eram atendidos por esses serviços. As entrevistas foram agendadas e realizadas nessas unidades de saúde.

3.11 – Sétima fase: os sindicatos, profissionais e gestores da saúde

Esta fase se desenvolveu simultaneamente às descritas anteriormente.

Retomamos o contato com Sindicato dos Trabalhadores da Economia Informal de Campinas e região e com o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Campinas e região por meio de entrevistas (apêndice 4), que são categorias que apresentam vulnerabilidade social e utilizam o SUS, para confirmar ou modificar as informações colhidas nas reuniões preparatórias sobre as categorias de trabalhadores informais, seus agravos e as demandas de saúde que apresentam.

As entrevistas com profissionais de saúde (apêndice 5) e gestores (apêndice 6) de dois serviços de urgência e emergência e dos serviços de referência de saúde do trabalhador e reabilitação tiveram o objetivo de identificar quais ações de saúde, individuais e coletivas, são oferecidas aos trabalhadores informais e também levantar as dificuldades que as unidades de saúde têm em reconhecer o usuário como trabalhador do mercado informal, notificar os agravos à saúde desses trabalhadores e desenvolver ações de vigilância específicas para esse grupo social, bem como ter o entendimento de como as equipes vivenciam o contato com esses trabalhadores informais e os desdobramentos da questão no sistema de saúde e na abordagem da área de saúde do trabalhador.

Entrevistamos profissionais e gestores das equipes distritais e central de Vigilância em Saúde e do Cerest que atuam na Vigilância Epidemiológica e na Saúde do Trabalhador para identificar as dificuldades existentes em notificar agravos e desenvolver ações de vigilância para trabalhadores informais, bem como identificar as informações necessárias à gestão da vigilância em saúde do trabalhador (apêndices 7 e 8).

As entrevistas com os dirigentes sindicais, os gestores e os profissionais de saúde foram realizadas presencialmente, com anotações das ideias centrais feitas no momento e apresentadas aos entrevistados para validação; a primeira entrevista não foi gravada porque não havia sido prevista inicialmente a gravação; todas as demais foram gravadas.

3.12 – A síntese das fases e das entrevistas

Para facilitar a compreensão do desenvolvimento das fases da pesquisa no decorrer do tempo, apresentamos sua distribuição no quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Desenvolvimento das fases da pesquisa ao longo do tempo.

FASES	TEMPO						
	1	2	3	4	5	6	7
Primeira: as reuniões							
Segunda: definição dos serviços de saúde e dos entrevistados							
Terceira: o inquérito nos serviços de urgência							
Quarta: ligações para agendar e a primeira entrevista realizada pessoalmente							
Quinta: entrevistas por telefone							
Sexta: entrevistas presenciais							
Sétima: os sindicatos, profissionais e gestores da saúde							

Desse modo, foram realizadas entrevistas com 15 (quinze) trabalhadores informais atendidos em 05 (cinco) serviços de urgência, um serviço de referência em saúde do trabalhador e um serviço de referência em reabilitação; 02 (dois) gestores e 02 (dois) profissionais de serviços de saúde de urgência; 03 (três) gestores e 02 (dois) profissionais de 03 (três) serviços de vigilância em saúde; 01

(um) gestor e 01 (um) profissional de serviço de referência em saúde do trabalhador; 01 (um) gestor e 02 (dois) profissionais de serviço de referência em reabilitação e 02 (dois) dirigentes sindicais. Por meio dessas entrevistas pudemos dar voz aos diferentes grupos de implicados com tema.

No quadro 2 estão relacionados os sujeitos entrevistados e as questões relativas aos objetivos da pesquisa a que cada grupo poderia responder.

Quadro 2: Síntese dos objetivos/questões a serem respondidas por diferentes sujeitos

	Trabalhador informal	Dirigente sindical	Profissional saúde (assistência)	Gestor (assistência)	Profissional saúde (vigilância)	Gestor (vigilância)	Profissional saúde do trabalhador	Gestor Saúde do trabalhador
1. Identificar junto a diferentes grupos de implicados quais as categorias de trabalhadores informais que mais demandam atenção em saúde no SUS Campinas.		X	X	X	X	X	X	X
2. Identificar os serviços de saúde mais procurados e as ações de caráter individual e coletivo dirigidas aos trabalhadores informais.	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Compreender o itinerário terapêutico mais frequente desenvolvido pelo trabalhador informal em busca do atendimento de suas necessidades de saúde, especialmente relacionadas ao acesso às tecnologias para resolver problemas de saúde.	X	X						
4. Conhecer quais dificuldades as unidades de urgência e emergência, de vigilância em saúde, de referência em saúde do trabalhador e em reabilitação têm em reconhecer o usuário como trabalhador do mercado informal e desenvolver ações que componham a atenção integral para esse grupo social.			X	X	X	X	X	X

Podemos dizer que a ênfase desse trabalho está na compreensão do itinerário terapêutico desenvolvido por trabalhadores informais a partir da expressão desse grupo em contraposição à expressão de profissionais e gestores da saúde em relação às dificuldades que o SUS tem em oferecer atenção integral a esse grupo da população.

3.13 – A análise

A análise do material empírico coletado foi feita utilizando-se da proposta operativa que Minayo (48) faz para a abordagem hermenêutica-dialética para pesquisas qualitativas, na tentativa da compreensão e crítica da realidade. Para a interpretação foram construídas categorias analíticas; os dados coletados foram ordenados e lidos de modo a buscar a homogeneidade e as diferenciações por meio de comparações e contrastes, identificando ideias centrais, temas, unidades de sentido e buscando estabelecer as conexões que possam existir entre eles.

Para analisar o conteúdo das entrevistas com trabalhadores informais construímos narrativas para cada uma delas.

As narrativas foram elaboradas tomando como referência a experiência realizada nos municípios de Diadema e São Bernardo do Campo, no Estado de São Paulo, como Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS). Nessa pesquisa, as narrativas das histórias de vida dos entrevistados na busca da atenção em saúde foram construídas pelos pesquisadores de modo a organizar o conteúdo em três blocos:

- o retrato social do entrevistado: a condição de vida, incluindo o trabalho, a renda, a moradia, a família, as repercussões da doença na sua autonomia;
- a experiência da doença: a trajetória por serviços de saúde, as relações com profissionais e serviços, as facilidades e dificuldades;

- elementos analíticos: as formas de regulação presentes, os significados, os arranjos e os aprendizados (50).

Assim, as narrativas das entrevistas do presente estudo foram estruturadas à semelhança da pesquisa citada (50), em três blocos de conteúdos denominados retrato social, busca por atenção em saúde e elementos analíticos.

As narrativas foram elaboradas de modo a organizar os elementos presentes nas entrevistas que permitam a compreensão do itinerário terapêutico desenvolvido pelo usuário em busca do atendimento de suas necessidades de saúde, em decorrência da sua percepção de que algo afetou a sua normalidade.

Segundo Cabral (51) (p. 4434),

[...] itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomadas de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.

Essa trajetória para o enfrentamento de uma aflição é permeada de emoções, interesses, atitudes, e se desenvolve em determinadas circunstâncias, em determinado contexto (Alves, 1999).

Ao tomarmos o princípio da integralidade como fio condutor desse estudo, usamos como categorias analíticas as necessidades de saúde da população, segundo a taxonomia utilizada por Cecílio (7), expressas em quatro conjuntos: boas condições de vida; acesso e consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos afetivos entre usuário e profissional e equipe de saúde; ter autonomia no seu modo de levar a vida.

Deste modo, procuramos identificar elementos presentes nos conteúdos das entrevistas que pudessem ser classificados de acordo com essa taxonomia proposta por Cecílio (7), a fim verificarmos se as necessidades de saúde dos trabalhadores informais, usuários do SUS Campinas, poderiam ser e se foram atendidas ou não.

Utilizamos como categorias analíticas do conteúdo das entrevistas com gestores e trabalhadores da saúde os elementos apontados nos objetivos desse estudo, tais como a identificação e o reconhecimento do trabalhador informal como parte de um grupo social que deva receber cuidados diferenciados por parte da saúde; as ações de saúde dirigidas a esses usuários; o uso da informação e suas dificuldades para a gestão da atenção à saúde dos trabalhadores informais.

E ainda, usamos também as categorias empíricas, ou seja, aquelas que surgiram a partir do material proveniente das entrevistas, como forma de permitir a identificação de elementos não destacados *a priori*, mas que o trabalho de campo revelou e reposicionou a pesquisadora diante do objeto de pesquisa.

Há que se considerar a implicação da pesquisadora com o tema e com os serviços de saúde, devido à sua atuação anterior e presente como gestora e profissional de saúde na Vigilância em Saúde do Município, o que confere, simultaneamente, vantagens e desvantagens. Como vantagens estão as facilidades de compreensão da linguagem dos sujeitos, da entrada no campo de pesquisa, do conhecimento do sistema de saúde, com possibilidades de aprofundamento no tema. No entanto, essas vantagens podem representar dificuldades na medida em que já há uma forma de nos colocarmos diante dos problemas, dos usuários, da rede de serviços de saúde, induzindo - nos a um fechamento às novas perspectivas de análise e modos de enfrentar problemas conhecidos. Para diminuir o efeito indesejado, procuramos valorizar as categorias empíricas que as narrativas forneceram, em especial, as falas dos trabalhadores informais.

Os elementos destacados como categorias analíticas foram acrescidos daqueles que o campo revelou, especialmente elementos oriundos das entrevistas com os trabalhadores informais, nas quais, aspectos relativos ao modo de levar a vida como expressão de sua autonomia ganharam força.

Assim, a análise do material empírico se deu por meio da identificação dos elementos centrais presentes nas falas de trabalhadores informais e dirigente sindicais em contraponto com as falas de gestores e profissionais de saúde.

3.14 – Divulgação dos resultados

Como forma de utilização dos resultados da pesquisa, vamos colocá-los à disposição dos interessados, especialmente daqueles grupos que foram sujeitos da pesquisa, após o término da mesma, por meio de discussões na Secretaria Municipal de Saúde e com os sindicatos que participaram da pesquisa, à maneira do que foi feito por ocasião do trabalho de mestrado.

Além disso, pretendemos fazer publicação na forma de artigo científico.



4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos apontar elementos presentes nas entrevistas realizadas que nos chamaram a atenção e podem ser objeto de reflexão, tomando como referência tanto as categorias analíticas inicialmente propostas como as categorias empíricas que surgiram a partir do material coletado.

4.1 – Os trabalhadores informais são um grupo vulnerável: sua caracterização

As informações dos entrevistados reforçam a ideia de que os trabalhadores informais se constituem em um grupo vulnerável e que deve ser reconhecido como tal pelo sistema de saúde.

Conforme apontam os autores Minayo-Gomez e Lacaz (36), o SUS se constitui em política pública capaz de contribuir para a inclusão dos trabalhadores informais, oferecendo a integralidade e a universalização da atenção à saúde e promovendo o controle social por parte dos trabalhadores.

Os trabalhadores informais entrevistados são moradores de bairros com condições de vida precárias, localizados em todas as regiões da cidade, sendo seis do Distrito Sul da cidade, três do Distrito Norte, três do Distrito Sudoeste, dois do Distrito Noroeste e um do Distrito Leste. Esse resultado coincide com as informações fornecidas pelos dirigentes sindicais.

Obtivemos a informação de dez trabalhadores a respeito de características de suas moradias; desses, oito residem em casa própria. As casas variam de três a cinco cômodos. Cinco casas têm ligação às redes de água e esgoto e estão em rua asfaltada. Uma casa não é servida por rede de água, esgoto ou asfalto; outras quatro não possuem asfalto na rua, sendo que uma dessas também não é atendida por rede de esgoto.

Ao observamos aspecto relativo à migração, verificamos que três deles são migrantes de estados do nordeste, um da região norte, um da região sul e dois de cidades do Estado de São Paulo.

São nove homens e seis mulheres; um com menos de 20 anos, três na faixa etária de 20 a 29 anos, seis entre 40 e 49 anos, dois entre 50 e 59 anos, três de 60 a 69 anos.

Há relato de nove deles de terem filhos ou sobrinhos como seus dependentes; quatro deles são os únicos responsáveis pelo sustento da família; os outros onze compartilham essa responsabilidade com outros membros da família.

Considerando o salário mínimo do Estado de São Paulo de R\$ 690,00 (seiscentos e noventa reais) em 2012, a renda per capita na família variou de 0,4 a 1,7 salários mínimos.

“Eu me viro com minhas costurinhas; tem mês que dá mais, mês que dá menos, que não dá para pagar as contas.”

“A gente descobre um santo para cobrir o outro. Às vezes eu tenho que pagar juros, porque as pessoas não me pagam os produtos. Às vezes não sobra nada. Faz uns dois anos que não sei o que é sobrar algum dinheiro”.

Os rendimentos são limitados; não é possível arcar simultaneamente com as despesas cotidianas e pagar contribuição previdenciária e impostos sobre prestação de serviços. *“Tive o carnê, mas ficou atrasado; a coisa apertou e não estava dando pra pagar as contas”.*

“Mandam um carnê de imposto para a gente que a gente não fatura isso por ano”.

“Se eu quiser aposentar tenho que pagar mais muitos anos. Nunca fui atrás porque sou eu sozinho...”

“É difícil falar isso, mas eu vivo de favores de amigos e família. Já cheguei a ficar sem um grão de arroz para comer, não ter condição de comprar um leite”.

No estudo de Itikawa (23), verificou-se que os rendimentos não eram suficientes para arcar com as despesas básicas de moradia, alimentação, educação, acesso à infraestrutura básica.

O perfil sócio econômico do grupo de trabalhadores informais identificado no presente indica relação com a pobreza e vulnerabilidade social, à semelhança do relatado por Dias e cols. (27).

Utiliza-se de rede de ajuda solidária composta por membros da família e da comunidade, especialmente da religiosa, para contribuição nos momentos de maior dificuldade financeira, como aqueles em que é preciso haver suspensão de seu trabalho e renda em função de adoecimento. As contribuições são em forma de doações de cesta básica e vestuário, de apoio nas atividades domésticas e apoio espiritual.

“Minha filha trabalha e quando aperta ela dá uma força. Ela faz faxina uma vez por semana. Não tem jeito, as contas a gente tem que pagar. Fazer o que, né? Mas, tá bom...”

“Eu me apego muito em Deus e recorro a Deus para me fortalecer. Digo assim: Deus, essas são as únicas mãos que eu tenho. Minhas mãos estão vazias. Manda do céu a tua ajuda. É quando às vezes surge ajuda e o trabalho. Eu preciso trabalhar”.

“Algumas vezes outras pacientes me ajudam com a passagem do ônibus. É muito duro!”

“Quando a gente não ganha alguma coisa, como material escolar, eu vou no bazar da igreja. Eu dou catequese lá. Eles me ajudam com roupa.”

Observamos que os entrevistados contaram com rede social para o apoio às suas vidas e que as mulheres expuseram com maior frequência sobre suas redes de apoio do que os homens.

As redes sociais formadas pela extensão da família, a vizinhança, a comunidade escolar, religiosa, de trabalho, outros recursos comunitários e de serviços afetam positivamente a saúde do indivíduo, contribuindo para o cuidado, a produção de saúde, o enfrentamento das adversidades da vida, por meio do oferecimento de apoio de várias ordens, seja material, emocional e de serviços (52, 53). A integração da vida familiar e comunitária na dinâmica social e econômica da sociedade é mediada pela capacidade do indivíduo e da família se integrarem a ela (54), explorando as potencialidades existentes na sociedade. Em geral, as mulheres têm grande capacidade de desenvolverem estratégias individuais e coletivas para adquirirem maior diversidade dos contatos sociais, favorecendo a construção de redes de ajuda familiar e comunitária, o que as coloca em maior proteção social do que os homens (54); (Sluzki, 1997¹ *apud* (52)).

No estudo sobre itinerários terapêuticos e pobreza desenvolvido por Gerhardt (54), verificou-se que os chefes de família que eram trabalhadores informais apresentaram menor possibilidade de acumulação de rede de troca ou de ajuda entre pessoas do relacionamento familiar e comunitário e de rede de apoio de instituições de ajuda social; nesse último caso, a ajuda era oferecida mediante contrapartida financeira ou em termos de fidelidade.

Um trabalhador gastou o dinheiro da venda de uma casa para custear seu sustento após sofrer um acidente de trânsito: *“Fiquei dois meses parado por causa de um acidente de carro. Quebrou minha perna. Nessa época a gente estava com um dinheirinho da venda da casa e gastamos tudo”*; outro, já gastou tudo o que recebeu fruto de um acordo judicial pós-acidente de trabalho, sem que houvesse a sua recuperação para voltar a exercer suas atividades rotineiras e de trabalho.

A preocupação com a aposentadoria não está presente entre os mais jovens, como na fala de um rapaz de 19 anos:

¹ SLUZKI, C.E. A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

“Comecei com 16 anos trabalhando com meu pai. Trabalhei uns cinco meses em empresa de construção, registrado, mas eu precisei faltar e não levei atestado, daí eles me mandaram embora. Aí eu fui trabalhar com meu pai de novo, por conta. Não sei se meu pai tem carnê da previdência”.

Para um dos entrevistados, justamente o de mais idade, essa preocupação se deu mais recentemente, com a idade mais avançada. *“Eu estou com 64; tem mais um ano para ver se eu consigo me aposentar. Meu cunhado trabalhava comigo; ele tem problema de saúde e conseguiu se aposentar”.*

Ainda que a preocupação exista, os rendimentos não são suficientes para fazer a contribuição previdenciária. Membros da família exercem papel importante no esclarecimento e na busca da formalização, fazendo com que três dos entrevistados buscassem fazê-la nos últimos quatro meses da pesquisa. *“Só não comecei a contribuir antes porque o dinheiro não dava; minhas vendas não eram tão significativas; meu marido falou que agora dá para pagar a previdência”.*

Segundo profissionais de vigilância e de saúde do trabalhador, os trabalhadores informais se constituem em um grupo exposto a maior risco em função da precariedade das condições de trabalho a que eles estão sujeitos:

“E devem estar expostos a maior risco. Por exemplo, o ‘gato²’ não está preocupado em dar EPI para o trabalhador”.

“O trabalho dos catadores de recicláveis é um trabalho precário; fazem depósito e a separação dos resíduos no quintal das suas casas, vendem para a cooperativa o material selecionado. Há risco de acidente com material perfuro-cortante (agulha, caco de vidro, chapa de metal). O catador atravessa a cidade toda para buscar resíduo do outro lado. Os catadores de areia cortavam os pés com caco de vidro e se expunham à água contaminada do rio contaminada por efluentes. A miséria é muito grande. Eles têm que

² Gato é uma expressão usada para denominar o agente que subcontrata trabalhadores informais, por exemplo, na construção civil, uma pessoa contratada pela construtora para executar serviços de pintura e que subcontrata outros pintores sem vínculo formal de trabalho.

catar muita areia para conseguir sobreviver. Fazem muito esforço físico”.

Esses relatos estão de acordo com os estudos de vários autores, que também apontam que os trabalhadores informais estão expostos a maiores riscos para sua saúde (29, 31, 35). Importa esclarecer que o estudo dos riscos a que os trabalhadores estão expostos e ainda, as comparações com os trabalhadores formais, não se constituem em objetivo de nossa pesquisa.

Segundo o dirigente sindical, o crescimento econômico do país pode gerar ambiguidade em relação à formalização das relações de trabalho na construção civil: aumentam os empregos com carteira assinada, porém, ao mesmo tempo, o trabalhador vê perspectiva de maior ganho financeiro no trabalho informal já que não são pagos pelo trabalhador os valores referentes à contribuição previdenciária.

Segundo outro representante sindical, as mudanças no cenário municipal a partir de intervenções do Ministério Público levaram a todos os vendedores ambulantes, chamados de camelôs, que atuam no centro da cidade a se transformarem em microempresários individuais, modificando a situação de informalidade para formalidade. Essa mudança gerou adaptações na organização do trabalho desses indivíduos. Passaram a ter benefícios como aposentadoria e salário maternidade. Porém houve perda financeira com as mercadorias já compradas que não poderiam ser comercializadas por não terem nota fiscal. Essas mudanças geraram aumento do custo e essa tensão tem repercussão sobre a saúde. Acrescenta que a mulher sofre mais as consequências em sua saúde, em função do excesso de peso que carrega e também da responsabilidade acumulada pela atividade de trabalho, com a casa e com a família. *“É uma vitória da mulher, mas tem consequências, porque não consegue segurar tudo. Tem momentos difíceis que causam estresse, nervosismo, pressão alta”.*

Na mesma linha, Itikawa (23) aponta as dificuldades para a mulher no trabalho do comércio ambulante em São Paulo, como a jornada média de trabalho

de dez horas diárias somadas às responsabilidades com a casa e família, arbitrariedades e perseguições cotidianas. Também aponta os problemas de saúde relacionados à tensão, ao esforço físico, à higiene pessoal e à dificuldade de supressão das necessidades fisiológicas.

As categorias de trabalhadores destacadas pelos dirigentes sindicais como aquelas que apresentam maior informalidade em Campinas são construção civil, vendedores ambulantes, catadores e empregadas domésticas. Apontam que os problemas de saúde mais frequentes são as lesões osteomusculares, as dermatoses, os transtornos mentais como depressão e ansiedade e que as diferentes expressões da violência (conflitos com a polícia e com outros agentes públicos, a criminalidade, as brigas, o trânsito) se constituem em agravantes dos problemas de saúde.

Os entrevistados trabalham como ajudante e pedreiro na construção civil (3), faxineira (3), soldador, serralheira, motorista de transporte de carga, vendedora de produtos de beleza e utilidades domésticas, artesã, marceneiro (2), costureira (2), manicure, carregador, jardineiro. Uma delas desempenha concomitantemente as atividades de costureira, manicure e faxineira e outra, de serralheira e faxineira.

Nessas atividades que realizam estão presentes riscos à saúde decorrentes de intenso esforço físico, exposição a produtos químicos, poeiras, fumaça, frio, quedas, acidentes com materiais perfuro-cortantes.

Os problemas de saúde relatados pelos trabalhadores informais quando da entrevista foram LER, hipertensão, diabetes, obesidade, enxaqueca, artrose, depressão, gota, gastrite, hemorroidas, corte na mão, amigdalite, asma, resfriado, diarreia e sintomas como dores articulares e musculares, falta de ar, tosse, zumbido no ouvido, sendo que os mais jovens, até 22 anos, relataram apenas agravos agudos, guardando coerência com o perfil esperado para essa faixa etária. Os agravos são expressão dos múltiplos fatores da vida e do trabalho sobre a saúde dessas pessoas.

Os trabalhadores estabelecem relação do seu problema de saúde com o trabalho que realizam. *“Eu tinha que limpar tudo; todo dia o mesmo movimento, todo dia o mesmo movimento, eu acabei desenvolvendo a LER”.*

“Eu posso estar pensando que essa falta de ar é do coração, mas pode ser da poeira, da cola, do solvente que eu respiro. A gente não usa máscara. No calor ninguém consegue ficar com aquela máscara. E tem pouca ventilação.”

“Nós, pedreiros, forçamos mais o braço, com a colher. Conforme o movimento, deve desgastar o braço Sobe em andaime, carrega peso. E vai chegando uma idade, o corpo não é mais de 18 anos.”

A relação dos problemas de saúde que apresentam, como aqueles decorrentes do esforço físico e do estresse, com o trabalho que realizam também foi estabelecida pelos trabalhadores em outro estudo (23).

E identificam os prejuízos que a doença acarreta ao seu cotidiano familiar e de trabalho.

“Vejo que a dor vai piorando; não faço o mesmo que fazia antes; eu não estou trabalhando como eu trabalhava, eu não aguento mais de dor no braço; não consigo carregar uma sacola na mão.”

“Eu sentia um formigamento e perdi a força nas mãos; já tive impossibilitada de assinar. Eu não conseguia lavar uma louça”.

“Eu não conseguia segurar um lápis.”

“Tenho que andar bem devagar; andar depressa eu não consigo, já ataca a fada de ar.”

A percepção e a compreensão da doença não foram claras nas diferentes ocasiões e etapas da vida para dois dos entrevistados, na medida em que um deles não identifica a permanência do diabetes ao longo da sua vida e outro que

relaciona o aparecimento de tosse ao ato de parar de fumar. *“Quando eu larguei de fumar, há uns seis anos, me atacou essa bronquite”*.

A limitação para exercer as atividades rotineiras de cuidados pessoais e com a família causa tristeza e humilhação; exclui também as atividades prazerosas, como cozinhar, como referiu uma das pessoas. Surgem os transtornos mentais, como a depressão, em decorrência da dor e da limitação para o trabalho e para as atividades pessoais. Vejamos algumas manifestações:

“Eu não conseguia escovar os dentes; meu marido tinha que cortar o bife para mim, pentear meu cabelo. Isso é muito duro!”

“Você não sabe o que é depender dos outros para fazer suas coisas, limpar a casa, fazer sua higiene. É triste, é humilhante! Eu adoro cozinhar e não posso mais”.

“Para mim não foi bom ficar em casa sem fazer nada. Comecei a ter uma tristeza... tive depressão. Eu fiquei um bom tempo em casa. Até hoje eu não consigo ficar sem uma atividade.”

“Eu tive depressão. A gente perde a vontade de viver. Eu tive uma fase muito difícil. Eu tinha sede e não saía do sofá para tomar água”.

“Eu engordei muito. A minha ansiedade eu descontava na comida. Eu pesava 48 Kg e cheguei a pesar 89 kg.”

Os profissionais de saúde são solidários ao usuário que apresenta sofrimento em decorrência das modificações na sua rotina, determinadas pelas limitações para exercer suas atividades rotineiras, como sua higiene pessoal, cuidar da casa, se alimentar, executar pequenas atividades cotidianas, como a assinatura em um documento. Ao relatar o caso de uma paciente com LER, um profissional de saúde fala, com pesar: *“Isso tem consequências na sua vida pessoal. Não consegue fazer suas atividades de casa, de higiene, de cuidados pessoais; se sente inválida”*.

A desproteção desses trabalhadores pela legislação não permite que eles tenham as mesmas possibilidades de afastamento do trabalho para buscarem os serviços de saúde ou cuidarem da sua saúde, em casos em que o afastamento maior seja necessário. A constatação da desproteção confirma o fato que esse grupo não têm acesso às garantias sociais, conforme argumenta Cacciamalli (2000, *apud* (23)). Essa desproteção é reconhecida pelos profissionais e gestores de saúde. Um profissional de saúde aponta: *“A diferença entre o formal e o informal é a possibilidade de afastamento. O que deveria ser causa de afastamento em um trabalho formal não pode ser para o informal”*.

O trabalhador informal está vulnerável nas relações de trabalho e sem proteção para se afastar durante o adoecimento, comprometendo o cuidado com sua saúde. O profissional expõe: *“Ele está exposto a mais risco, açougueiros que cortam os dedos reincidentem em acidentes. Precisam de acompanhamento para evitar novos acidentes. O seguimento é necessário”*.

A cidadania estar associada ao trabalho formal exclui os trabalhadores informais dos benefícios do trabalho formal, portanto, a desproteção legal dos trabalhadores informais aumenta sua vulnerabilidade (23). A formulação de leis no Brasil tende a não ouvir aqueles mais excluídos, os desempregados e os informais, condenando-os a permanecerem na exclusão (Pastore, 2000³ *apud* (23)).

Aqui podemos fazer uma reflexão sobre a contradição entre duas políticas públicas da seguridade social: a saúde e a previdência social. Enquanto para a primeira está posto o princípio constitucional da universalidade, para a segunda, não está (4). Essa diferença repercute nos processos de trabalho e de gestão dos serviços de saúde, trazendo para dentro do SUS possíveis demandas de outras áreas.

A limitação para o trabalho compromete a renda familiar: *“Se não trabalho, não ganho. Mas a gente dá um jeito, se vira, aperta aqui e ali e vai levando”*. E outro que diz: *“aperta de um lado e vai levando, empurrando com a barriga”*.

³ Pastore, J. Como reduzir a informalidade? In: Mercado de trabalho. Conjuntura e análise. São Paulo: IPEA, 2000.

A não abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e a demissão de um trabalhador vítima de acidente de trabalho, ao cair de um caminhão quando executava o abastecimento do serviço de comissaria de aeronave, lesando seu joelho, sugerem a existência de práticas ilegais na atividade formal de empresa prestadora de serviços dentro de uma instituição de transporte aéreo. Do mesmo modo, uma organização não governamental incorreu em práticas ilegais ao manter trabalhadora de serviços gerais sem vínculo formal e não realizar a abertura de CAT na época em que a trabalhadora sofreu lesão no membro superior ao escorar um armário de aço que ia cair. Esses dois trabalhadores apresentam lesões importantes nos membros que os impedem de retomarem suas atividades profissionais, de se submeterem a exames médicos admissionais, fazendo com que eles passassem a trabalhar informalmente, para que fosse possível sua adaptação ao novo tipo de atividade, ainda que com diminuição significativa de seus rendimentos.

O ingresso no trabalho informal se deu em função da não possibilidade de colocação ou recolocação no mercado formal e da busca de remuneração maior. .
“Como empregado não consegue mais porque não passa no exame médico, não é?” Outro trabalhador afirma: *“Assim, por conta, você ganha um pouco mais pra viver”*. A preocupação com o futuro fica secundária à sobrevivência, como destaca um gestor de saúde: *“Os trabalhadores informais trabalham agora para comer agora. Eles não têm cidadania plena; passam fome”*.

Evidencia-se que a escolha do exercício do trabalho informal é decorrente da impossibilidade de continuar no mercado formal de trabalho devido à limitação pela doença e ao afastamento prolongado do trabalho que muda radicalmente sua rotina.

Segundo profissional de saúde do trabalhador, eles querem continuar a trabalhar e se esforçam além do que podem para isso, acabando por piorar o quadro inicial.

“Eles gostam do que fazem, mas fazem mais do que poderiam. Quando adoecem, demoram pra assumir que está relacionado ao trabalho. Não querem adoecer e tentam o máximo que conseguem. Se estiver no começo da doença, a empresa pode mudar de função. Se for mais avançada, precisa se afastar. Se for muito tempo de afastamento, quebra sua rotina e fica sem perspectiva de volta e sem melhora. Isso tem consequências na sua vida pessoal. Não consegue fazer suas atividades de casa, de higiene, de cuidados pessoais; se sente inválido. Vai procurar outro emprego e as empresas fecham as portas, ele não passa no exame admissional. Na linha de produção vão cobrar produção. Se ele já tem limitação será barrado. Inicialmente, procura emprego na sua função; depois muda para outra atividade na qual ele controla.”

À semelhança dos nossos achados, Itikawa (23) verificou que o ingresso dos trabalhadores informais se deu como consequência às inúmeras demissões no mercado formal, à dificuldade de recolocação em função da idade, mas também por sucessão familiar no comércio informal de produtos.

A alternativa do trabalho informal foi a solução encontrada pelos trabalhadores para prover seu sustento, uma vez que a seguridade social não foi efetiva, mesmo com os anos trabalhados com contribuição previdenciária, bem como com processos judiciais em curso devido a doenças ocupacionais. *“Eu preciso esperar terminar a ação judicial para depois passar a recolher a contribuição do INSS; enquanto a ação estiver em andamento, não posso contribuir. E isso não termina!”. E outra: “Eu tenho 26 anos de contribuição com o INSS e não consigo resolver minha situação”. E outro: “Trabalhei mais de 2 anos com um registro que era falso; o dono não recolhia a contribuição para o INSS”. E ainda: “Como que eu vou procurar emprego em empresa com a carteira vazia? Ninguém vai confiar e acreditar que eu tenho experiência. Preciso recuperar minha carteira com o juiz para conseguir emprego de novo”.*

Os direitos previdenciários dos trabalhadores não são totalmente conhecidos ou exigidos, como podemos perceber na fala de uma trabalhadora: *“Eu não era registrada e não tinha como eles abrirem uma CAT”*.

Embora haja o aquecimento do mercado de trabalho no Brasil, com diminuição da informalidade devido à maior oferta de empregos formais, os trabalhadores não conseguem emprego pela limitação causada por sua doença. A adoção do trabalho informal surge em decorrência da limitação para o trabalho, consequência de doença adquirida muitas vezes no trabalho formal. A baixa escolaridade acrescenta dificuldade ao trabalho formal.

O controle do processo de trabalho por parte do trabalhador com limitação é fundamental para retomar sua vida profissional e esse controle é possível em uma atividade informal desenvolvida, por vezes, sozinho; situação na qual, o indivíduo decide sobre qual o seu tempo de atividade e intervalos de descanso ou mudança da atividade, como percebemos em algumas falas. *“Faço nos meus limites, porque eu tenho problema de saúde. Vou tentar trabalhar para mim porque eu faço o que eu posso, dentro do meu limite. Na costura é um serviço variado, eu corto, eu costuro, não é sempre a mesma coisa, daí eu consigo trabalhar”*. *“A gente tem que aprender que se eu sentir dor é porque está na hora de parar. Se você toma remédio, passa a dor rápido, mas você vai forçando e vai piorando. Eu aprendi a parar quando tenho dor. Aprendi a trabalhar de outro jeito”*.

4.2 – Itinerário terapêutico: a trajetória em busca de atenção em saúde

Ao tomarmos o acesso às tecnologias de saúde como uma das categorias analíticas identificamos que os gestores e profissionais de saúde afirmam que seus serviços oferecem atendimento universal, portanto, atendem aos trabalhadores informais, conforme estabelecem os princípios e diretrizes do SUS (5).

Os gestores apontam:

“Não temos diferenciação para o trabalhador informal. O serviço é porta de entrada de urgência/emergência. O atendimento é sem distinção de idade, sexo, para grupos da população. Atende, sem dúvida. Na região que a gente se encontra, pela sensação, pelo trabalho que faz aqui faz tempo, é uma população que vive do trabalho informal. São 400 mil habitantes, sem dúvida temos o trabalhador informal como público”.

E outro: “O trabalhador informal é atendido pelo SUS, portanto deve ser atendido por nosso serviço”. E mais um acrescenta: “Não o atendemos de forma explicitada dentro da missão, mas sim por causa da universalidade”.

Um profissional diz: *“Atendemos a todos os trabalhadores, incluindo os informais, os precários”. Outro: “Procuram bastante, pela localização no centro. Muitas pessoas trabalham aqui no centro. A gente atende bastante trabalhadores informais”.*

Considerando o itinerário terapêutico que os trabalhadores informais desenvolvem, verificamos que eles procuram o SUS para resolver seus problemas de saúde; utilizam e transitam entre Centros de Saúde, prontos-atendimentos, prontos-socorros, especialidades e referências de acordo com as possibilidades de atendimento mais ágil e resolutivo para as diferentes necessidades que apresentam. Para resolver as crises agudas, procuram as unidades de urgência. A procura por atendimento na UBS se dá para acompanhamento de doenças crônicas como, por exemplo, hipertensão e diabetes, o que é valorizado pelos trabalhadores. Vejamos:

“Quando eu estou com dor, que eu travo, eu vou no acolhimento do posto porque eles já me conhecem, , já tem minha pasta mas se não tem o acolhimento eu vou no pronto-socorro. No pronto-socorro eles falam que é para quem está passando mal”.

“O pronto-socorro é para o que é urgente. Se não é urgente, eles mandam para lá (referindo-se ao centro de saúde). Eu já tenho a ficha lá no posto de saúde. Se eu vejo que melhora por aqui, eu não vou lá.

Um trabalhador relata seu itinerário terapêutico, aponta motivos para suas escolhas:

“Vou toda semana no posto, só essa semana que eu não fui. Lá é muito bom, o pessoal é educado. O remédio para a pressão eu tenho direto, eles me dão sempre que acaba; minha pressão está baixando. Agora a pressão estava alta porque quando a gente sente dor a pressão sobe. Lá eu tenho que voltar porque tenho exame pronto para ver. É Raio X, exame de sangue, colesterol. O médico pediu uma série de exames; eu achei bom. É um médico muito legal. São as mesmas meninas que atendem a gente, muito educadas. Só que o ser humano é a coisa mais difícil de entender. Tem gente que reclama que o posto está cheio. Se eu for cedo, vai estar muito cheio. Então, eu vou à tarde, às quatro horas, porque aí está vazio e eu sou atendido logo. Quem consultou de manhã já foi tudo embora, daí está vazio. O posto fecha às cinco. Eu paro no serviço às quatro horas, pego o carro e vou lá. Isso não atrapalha meu serviço.”

Segundo Gerhardt (54), o itinerário terapêutico em busca de diagnóstico e tratamento é construído como resultado do processo de vida e das relações sociais; ele não é único, não pode ser explicado por um padrão pré-estabelecido, varia de acordo com a percepção da doença pelo indivíduo e a sua posição na sociedade.

Os itinerários são expressão da percepção do usuário sobre sua doença e suas práticas de cuidado e não se constituem em apenas relação consumo com os serviços de saúde (51).

Não houve diferença da resposta dos serviços de saúde em relação ao itinerário terapêutico desenvolvido pelos usuários em função da categoria profissional; portanto, não foi necessária a separação do grupo de entrevistados por categoria profissional.

Os trabalhadores informais captados nos serviços de urgência referem que utilizam preferencialmente esse tipo de serviço. São atendidos na sua queixa aguda, que se refere muitas vezes a problemas crônicos, porém não têm acesso às especialidades e a outras possíveis tecnologias em saúde para resolver suas necessidades. Dentre elas, estão aquelas que a atenção básica poderia oferecer. Eles falam das dificuldades de agendamento, da falta de profissionais, de equipamentos, da demora em realizar o atendimento ou agendamento, tanto na unidade básica quanto nas especialidades. Desse modo, o serviço de urgência desempenha o papel de porta de entrada do sistema como estabelece a PNSTT (13), porém não promove a continuidade do cuidado para esses usuários. A dificuldade de agendamento, o não acolhimento e não resolutividade pelo especialista comprometeram o acesso às tecnologias necessárias ao cuidado.

Um trabalhador entrevistado relatou que foi atendido em um pronto-atendimento com queixa da dor no joelho e o clínico geral disse que poderia ser problema no ligamento do joelho. Foi encaminhado à ortopedia e a médica que o atendeu estava chorando, com problemas pessoais e o atendeu mal, não viu o que ele tinha e prescreveu anti-inflamatório. Como a dor permaneceu, procurou novamente o PA e lá disseram que não iriam fazer nada e iriam encaminhá-lo para o CS mais próximo e agendar um exame, com urgência. Esperava há pelo menos quatro meses pela resposta do agendamento para ortopedia por parte da unidade básica ou do pronto-atendimento. Ele também relatou que seu filho não conseguiu atendimento odontológico na unidade básica e sua esposa recebeu o telefonema agendando a ultrassonografia do pré-natal quando seu segundo filho já havia nascido. Diante de tantos insucessos no cuidado de saúde junto aos serviços, pedi autorização a ele para falar com a coordenação da unidade de saúde para que eles pudessem verificar o que estava havendo e tomar providências. Esse foi o único caso no qual eu interfeiri. Não suportei apenas ouvir sua história, como uma pesquisadora externa ao problema. O acolhimento, com escuta do paciente, não foi efetivo em nenhum dos casos atendidos em serviços de urgência.

Os trabalhadores captados nos serviços de referência referem utilizar diferentes tipos de serviços de saúde, como a atenção básica, as referências e as unidades de urgência, porém, do mesmo modo que para aqueles captados nos serviços de urgência, está presente a dificuldade de acesso às especialidades e a alguns medicamentos, como nesse relato: *“Há quatro anos eu espero por uma cirurgia de túnel do carpo, para diminuir o formigamento, mas não existe vaga. Já cheguei para internar por três vezes e não consegui internar porque não tinha vaga. Tenho tudo protocolado, xerocado, o dia, a hora”*.

E outros, ainda: “Tem especialista que demora muito; demora, mas vem. No ano passado precisei passar no ginecologista e ele pediu alguns exames. A mamografia demorou uns 6 meses, mas os outros foram rápido”.

“Não consegui terminar os exames de investigação; aguardo a colonoscopia há oito meses”.

“Quando tenho dor muito profunda e vou na consulta com o ortopedista, eles passam medicação, mas eu tenho deixado de comprar. Tem que deixar, porque um medicamento que custa quase cem reais é um absurdo; não dá para comprar. São medicações que não tem no SUS.”

Uma trabalhadora reclama do pouco conhecimento que os profissionais da UBS têm a respeito de assuntos relativos à saúde do trabalhador e manifesta seu desagrado por ter sido transferido seu acompanhamento do serviço de referência para a UBS. *“No Cerest os médicos são especializados e sabem muito; no posto eles têm uma leve ideia do que seja o assunto”*.

Revela-se uma compreensão do usuário sobre a rede básica como sendo subalterna à rede de especialidades e com limites para exercer seu papel de coordenadora do sistema de saúde, como relatado por Cecílio et al (55).

Doenças como hipertensão, diabetes e obesidade foram agravadas em uma usuária após seu acidente e a limitação severa. O acidente que sofreu resultou em uma tendinite crônica que a impede de realizar suas atividades pessoais e de trabalho, levando a um quadro depressivo, o que contribuiu para o

agravamento de sua hipertensão, desenvolvimento de obesidade e diabetes, chegando a aumentar 41 kg, quase o dobro do peso que tinha anteriormente.

Segundo os gestores, o serviço de urgência/ emergência tem a missão de retirar o paciente do estado de urgência e poderia ser a porta de entrada para o sistema, mas não há identificação do trabalhador informal, seu encaminhamento para a atenção primária, tampouco o acionamento de serviços de vigilância ou de saúde do trabalhador. Ocorre o encaminhamento para o especialista e aos hospitais de referência, em alguns casos. Isso demonstra não haver identificação e reconhecimento do trabalhador informal tampouco ações de saúde dirigidas a esse grupo.

No entanto, apontam que fazem parte de um sistema e que, se houvesse a informação sobre esses trabalhadores poderiam acionar outros serviços, como de vigilância ou de saúde do trabalhador para desenvolver as ações que fossem necessárias, inclusive saber se há outras pessoas expostas às mesmas condições, demonstrando que há uma percepção que os trabalhadores informais são um grupo de maior risco.

Profissionais dos serviços de urgência apontam a dificuldade de localização do mesmo pela UBS devido às mudanças constantes de endereço.

As necessidades de saúde desses trabalhadores não são identificadas adequadamente pelos serviços de urgência devido a vários fatores. Um deles se refere ao fato de não se estabelecer, nos serviços de urgência, a relação entre os problemas de saúde apresentados e a atividade profissional desenvolvida; o outro está ligado às limitações inerentes ao tipo de atendimento realizado em uma unidade de urgência, como a finalidade de retirar o paciente do estado de urgência, o tempo escasso para a abordagem do histórico e das necessidades atuais de saúde do usuário; e ainda, um terceiro fator ligado à escassez de recursos relatada pelos gestores e trabalhadores de saúde, podendo levar à sobrecarga de trabalho para esses profissionais, com prejuízo da qualidade da atenção oferecida aos usuários.

Já os serviços de referência apresentam melhores condições de identificar as necessidades de saúde desses trabalhadores informais, e isso é reconhecido pelo grupo de trabalhadores usuários desses serviços, como nessa declaração: *“Eu amo esse lugar aqui; os profissionais são muito interessados em resolver os problemas da gente”*. E outra: *“Aqui eu encontrei uma saída para minha vida”*.

Contudo, o cuidado integral é prejudicado em decorrência da dificuldade de acesso a outros serviços de referência, como, por exemplo, a fisioterapia e às especialidades como a ortopedia e as cirurgias. A mesma usuária do serviço de referência que fez uma das declarações acima afirma que:

“São pequenas coisas que podem ter solução, desde que tenha uma atenção. O SUS está precário. Há quatro anos eu espero por uma cirurgia de túnel do carpo, para diminuir o formigamento, mas não existe vaga. Já cheguei para internar por três vezes e não consegui internar porque não tinha vaga. Tenho tudo protocolado, xerocado, o dia, a hora”.

Desse modo, pode-se perceber que, ainda que haja esforço de profissionais de saúde em promover o cuidado integral em rede, ele não se efetiva satisfatoriamente.

Segundo o gestor do serviço de referência de saúde do trabalhador, o serviço atende a todos os trabalhadores, porém, os trabalhadores informais são poucos; quando chegam, foram encaminhados por UBS. Não é uma demanda que gera destaque como grupo. A principal demanda é de trabalhadores formais. Esse fato sugere que haja dificuldade de acesso ao serviço por falta de informação e pela compreensão de trabalhadores informais e profissionais de saúde de que o serviço de referência atenda exclusivamente trabalhadores formais.

Segundo profissionais e gestores dos centros de referência, o desenvolvimento de outras capacidades laborais é o centro da retomada do

controle da sua vida. E os serviços de referências em saúde do trabalhador e em reabilitação desenvolvem várias atividades nesse sentido.

As ações realizadas por equipe multiprofissional visam à atenção integral e não são específicas para esse grupo, mas são oferecidas a todos os usuários, trabalhadores formais e informais, pois o foco do serviço é a relação da doença com o trabalho, independentemente do tipo de vínculo. Contudo, são orientados a buscarem formas de regularização de sua situação trabalhista junto ao INSS e, por vezes, a procurar a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), visto que os usuários que hoje são trabalhadores informais chegaram ao serviço buscando apoio para o reconhecimento da relação do agravo que apresentavam com a atividade profissional que exerciam no mercado formal, como nos casos de usuários entrevistados que apresentam LER/ Dort causadas por seus trabalhos anteriores no setor de transporte, metalúrgico, de alimentos, dentre outros.

Os serviços de referência de saúde do trabalhador e de reabilitação são valorizados pelos usuários por prestarem cuidado integral à saúde, com equipes multiprofissionais e busca de rede de apoio intersetorial; cuidado integral que inclui a categoria trabalho como essencial para a retomada da vida cotidiana, propondo alternativas para seu exercício.

O gestor e profissionais do serviço de reabilitação apontam que o trabalho é categoria de análise e de intervenção. O trabalho é causa da deficiência e também possibilidade de tratamento e meio de recuperação. O objeto da reabilitação passa pelo trabalho como elemento de cidadania. É um dos pilares da reabilitação, ou seja, a própria reabilitação para o trabalho. O processo de trabalho da unidade e o vínculo com os usuários permitem a abordagem integral, o que inclui a atividade de trabalho. E ainda, referem a preocupação com a atenção integral: trabalho, recuperação, convívio social, rendimento, inserção no mercado de trabalho, indicando que o modelo de reabilitação aborda o indivíduo integralmente. Um profissional destaca que *“o trabalho em rede potencializa o efeito das ações”*.

O acolhimento, com escuta do paciente, não foi efetivo em nenhum dos serviços de urgência.

A comunicação entre serviços de saúde e usuários está comprometida, pois mesmo sem usar o serviço há uma opinião formada, com conteúdo negativo, a partir da informação dada por outros do seu convívio, como nesse exemplo: *“Não procurei o posto de saúde porque falaram que demora muito, que tem muita gente para ser atendida”*.

Os gestores e profissionais de serviços de assistência e vigilância apontam as dificuldades de recursos para executarem suas atividades rotineiras, com impossibilidade de incluir novas ações, com destaque especial para a falta de profissionais de saúde em diferentes serviços, incluindo a atenção básica. A sobrecarga de trabalho tem aumentado a dificuldade dos serviços de saúde em identificar os usuários ou classes de usuários que são de maior risco e intervir no risco.

Ao analisar as entrevistas no sentido do itinerário terapêutico na perspectiva da integralidade do cuidado, verificamos que as ações são oferecidas, preponderantemente, de modo fragmentado, sem o compartilhamento de responsabilidades entre os serviços de saúde. Os usuários fazem sua trajetória em busca de cuidados, responsabilizando-se solitariamente pela obtenção das respostas às suas necessidades. A busca pela integralidade da atenção é fruto da batalha individual e não da responsabilidade do sistema de saúde.

Em alguns casos há o compartilhamento do cuidado entre os diferentes serviços envolvidos, particularmente entre a atenção básica e os dois serviços de referência pesquisados. Nos serviços de referência verificamos que os profissionais entrevistados estabelecem vínculos intensos com os usuários, o que contribui para a obtenção do cuidado efetivo em rede. E ainda, o serviço de reabilitação funciona com agendamento referenciado e porta aberta para urgência.

A relação entre os serviços de urgência/emergência e a rede básica é frágil, evidenciando falhas na comunicação entre serviços para constituição de rede de cuidado; contudo há iniciativas para estabelecer essa comunicação. Identificamos tentativas isoladas e pessoais por parte de profissionais de saúde de se responsabilizarem pela continuidade do cuidado, evidenciando, nesse caso, o estabelecimento positivo de vínculo com o usuário, como explicita o profissional:

“Me preocupo em inserir o paciente em algum CS no momento da avaliação, para acompanhar a evolução, tirar os pontos (uma coisa simples), sai com receita e encaminhamento ao CS, inserir no CS para um médico ou equipe para acompanhar e identificar complicações, tratar na unidade ou retornar se tiver dificuldade de acesso”.

Já outro profissional de serviço de urgência fala da tentativa do serviço de iniciar trabalho de responsabilização pela continuidade do cuidado:

“Iniciamos um trabalho com crônicos, diabéticos, hipertensos, ICC. O enfermeiro vai estar focado nisso, encaminhará para a UBS e a assistente social irá fazer o contato com a UBS. Hoje não focamos no trabalho dele, se é informal ou não. É feito o encaminhamento, mas a gente não tem a sequência, eles mudam de local. O acompanhamento é feito pela unidade básica, não temos o retorno do que foi feito. Não é o foco desse serviço, mas seria interessante saber o que foi feito”.

Há descrédito ou desconhecimento da Atenção Primária em Campinas por parte de trabalhadores informais e de dirigentes sindicais, como mostram alguns depoimentos: *“Não fui mais porque é uma loucura conseguir consulta no posto”* e *“O camelô não consegue ser atendido no CS. Tem fila, demora, não consegue todos os remédios que precisa. Os serviços de saúde estão sobrecarregados”*. E outro: *“Cresce a população e não vejo o crescimento das equipes de saúde. Os prédios dos CS estão construídos, mas sem equipe. Se não tem no CS, apela para os prontos-socorros”*.

O descrédito na atenção primária se justifica pelo não reconhecimento de sua condição de trabalho, pela insuficiência de profissionais, a falta de vínculo com aqueles que prestam o cuidado, pouca ou nenhuma responsabilização pelos problemas de saúde apresentados pelos usuários, o não conhecimento de aspectos relativos à saúde do trabalhador, o que, seguramente, compromete o cuidado pela rede de atenção à saúde.

Diferentemente do que percebem os trabalhadores informais e as lideranças sindicais em relação à atenção primária, o gestor e profissionais do serviço de reabilitação apontam que o cuidado em saúde é intersetorial, em rede e multiprofissional e relatam situações em que isso se verificou.

Um dos entrevistados buscou um plano odontológico particular como alternativa à falta de atendimento no Centro de Saúde e gostaria de fazer o mesmo para a saúde em geral, mas não tem possibilidades financeiras para isso. *“Eu nunca consegui ser atendido pelo dentista no posto, mesmo com dor. Foi a partir daí que eu passei a pagar o plano de odontologia. Se o dinheiro desse eu pagaria um plano de saúde também, mas não dá.”*

Há utilização também da rede suplementar, simultaneamente à rede do SUS em um convívio entre o setor público e o privado, gerenciado pelo próprio usuário. *“Minha mãe fez convênio para fazer os exames mais rápido, mas o médico do posto olha tudo, ele é que organiza as coisas da minha mãe”.*

De outro lado, há, por parte de alguns trabalhadores informais entrevistados, o reconhecimento da qualidade do serviço ofertado diretamente na unidade ou por meio de encaminhamento adequado da UBS ao especialista. E ainda, o forte vínculo de profissionais das UBS com o trabalhador e sua família é motivo de satisfação e confiança no tipo de cuidado prestado. *“Eu cuido no SUS, no posto do meu bairro. Quem cuida mim é um médico que é um amor; e ele tem amor na profissão”.* E outra: *“Lá no posto é meu pronto-socorro, eu procuro para tudo; tem uma médica maravilhosa que é um anjo na nossa vida; ela não mede esforço”.*

O espaço de encontro entre o usuário e o profissional de saúde é produtor de cuidado com qualidade e favorece o exercício da autonomia e o desenvolvimento do protagonismo de ambos (56).

O sistema de urgência parece ser a porta de entrada preferencial, ainda que não possam resolver suas necessidades pessoais de saúde e da família relativas ao acesso à tecnologias. Fazem elogios e críticas à qualidade do atendimento:

“É difícil, mas a gente acaba conseguindo. É a demora. A gente passa o dia no hospital; já teve dia de largar tudo no hospital; a gente se decepciona com o médico, ele fala “o que quer que eu faça por você”? A gente acaba se chateando, mas no final, acaba dando certo. Agora, pelo menos, tenho minhas consultas marcadas; estou fazendo o tratamento”.

O serviço de urgência/emergência é reconhecido por seus profissionais como porta de entrada para os trabalhadores informais da região de abrangência, especialmente para acidentes, LER, lombalgia, exposição a produtos químicos em salão de beleza e doenças crônicas não relacionadas ao trabalho.

O profissional de saúde que está em pronto-socorro e pronto-atendimento identifica necessidades de saúde dos trabalhadores informais e preocupa-se com o seu seguimento. Identifica o risco a que o trabalhador informal está exposto, bem como a desproteção legal e o decorrente comprometimento financeiro como dificuldades à execução dos cuidados que exigem afastamento do trabalho. O profissional de saúde reconhece a vulnerabilidade do trabalhador informal, mas isso não se transforma numa ação protetora do serviço. O vínculo entre profissional de saúde e usuário é valorizado para obter a efetividade do cuidado, especialmente para a identificação das necessidades de saúde e das possibilidades de atendê-las. O profissional fala:

“Ele está exposto a mais risco, açougueiros que cortam os dedos reincidentem em acidentes. Precisam de acompanhamento para

evitar novos acidentes. O seguimento é necessário. Oriento o que não pode fazer. E isso é inegociável. O paciente conta que não pode ficar sem trabalhar. Oriento outras medidas para adequar a necessidade do trabalhador para voltar ao trabalho. Ele vai voltar a trabalhar. Oriento para ter menos danos. O que deveria ser causa de afastamento em um trabalho formal não pode ser para o informal. Me preocupo em inserir o paciente em algum CS no momento da avaliação, para acompanhar a evolução, tirar os pontos, sai com receita e encaminhamento ao CS, para um médico ou equipe para acompanhar e identificar complicações, tratar na unidade ou retornar se tiver dificuldade de acesso. Se vejo que tem dificuldade para ir ao CS, vinculo o paciente a mim.”

O profissional de saúde utiliza-se de sua autonomia para, no encontro com o trabalhador, outro sujeito com sua subjetividade, adotar uma prática diferente da proposta pela instituição, mas que promoverá o cuidado em saúde com qualidade, conforme nos mostra Cecílio (56).

A atitude desse profissional é semelhante ao observado em outro estudo no Estado de São Paulo, revelando os encontros entre profissionais e usuários, nos quais são identificadas necessidades e respondidas de modos nem sempre previstos nas regras da instituição, mas que são efetivos na produção do cuidado. Esses momentos muitas vezes passam despercebidos pelos gestores (55).

Dentre as necessidades de saúde identificadas nas entrevistas, estão presentes também algumas relativas a outros membros da família, em cujos relatos, identificamos elementos semelhantes àqueles relativos ao cuidado do trabalhador.

Um dos relatos diz:

“O meu filho vai fazer 6 anos e os dentes estão podres e no posto não consegue dentista ou o aparelho está quebrado. Paguei sem poder para obturar o dente. O posto fica sem médico e sem

dentista. Só tem enfermeira. Qualquer um do bairro vai falar o mesmo. A demora é o principal problema, meses e meses esperando. Quando a minha esposa foi fazer o ultrassom no pré-natal, ligaram, 2 meses depois que o bebê nasceu, do posto, informando o agendamento!”

O agendamento da ultrassonografia para data posterior ao parto demonstra desperdício de recurso, comunicação insatisfatória entre a equipe de saúde e atuação ineficiente, pois a informação do nascimento chega à UBS por meio da cópia da declaração de nascido vivo; assim, essa mulher deveria ter sido retirada da lista de agendamentos desse exame e essa vaga ser usada para outra pessoa que necessitasse do exame. Podemos também questionar se foi feita a visita domiciliar para acompanhamento e vigilância do recém-nascido e da puérpera. O caso mostra indícios de que não só os trabalhadores informais, por seus riscos de adoecimento, não têm via privilegiada de atenção, mas mesmo grupos de risco já, há muito tempo, escolhidos pela rede de saúde não têm garantia de atenção.

Em outro caso, a cadeira de rodas chegou após a morte do usuário que dela precisava, reforçando o distanciamento entre as demandas que a população apresenta e a capacidade de resposta do sistema de saúde, seja por desconhecimento das necessidades, seja por dificuldades do sistema de saúde relativas ao suprimento de materiais e equipamentos, mostrando a dificuldade do sistema de saúde agir em tempo oportuno. *“Meu pai dependia de cadeira de rodas; nós pedimos. Quando eles ligaram dizendo que a cadeira de rodas saiu, e ele já tinha falecido. Fazer o quê?!”*

Já, outro relato aponta satisfação com a atenção primária e insatisfação com o serviço de urgência e emergência: *“com meu filho de cinco anos estou tendo atendimento bom no posto, os remédios; não tenho o que reclamar. É difícil quando cai na emergência”.*

Podemos perceber que o Centro de Saúde não se configura em serviço de saúde que atende trabalhadores, seja formais ou informais. Em alguns casos os

entrevistados usavam o Centro de Saúde para o seu cuidado e de sua família, mas as questões relacionadas ao trabalho passaram a ser conduzidas pelo serviço de referência. *“No Cerest os médicos são especializados e sabem muito; no posto eles têm uma leve ideia do que seja o assunto”.*

A insuficiência de recursos de várias ordens na rede básica a impossibilita de dar resposta adequada, oportuna, às necessidades de acesso às tecnologias e vínculo com o usuário. *“Não adiantou eu ir no posto porque não tinha médico e eles me mandaram para cá. Disseram que podia ser do sopro, mas que eles não tinham eletrocardiograma para fazer e que precisava passar pelo médico.”*

Do mesmo modo que Cecílio et al (55) verificaram, aqui, há reconhecimento da rede básica como representante da política pública do SUS, com proximidade dos usuários, mas também ela é identificada como o “lugar das coisas simples” (p 2898) como o remédio barato, a glicemia, o controle da pressão arterial e ainda, como o lugar de compartilhamento da impotência entre usuários e profissionais, especialmente em relação ao acesso à tecnologias de saúde.

Ainda sob o aspecto do acesso às tecnologias de saúde na busca da integralidade da atenção, verificamos que não há as ações de vigilância em saúde voltadas especificamente a esse grupo da população.

Gestores e profissionais de vigilância apontam que a identificação do tipo de vínculo com o mercado de trabalho não faz parte da rotina dos profissionais de vigilância e não dispõem de diagnóstico de situação de saúde dos trabalhadores informais. As ações desenvolvidas são orientadas pelo risco à saúde e independem do tipo de vínculo; nas ações desenvolvidas abordam o processo de trabalho, o local, o produto e a saúde do trabalhador, especialmente ações educativas e as notificações de agravos.

Ocorre confusão a respeito do termo informal (atividade informal ou vínculo informal) e sobre o risco à saúde, quando se referem ao risco à saúde do trabalhador ou ao risco que a atividade de trabalho representa à população. A fala

de um gestor deixa dúvida sobre qual objeto é o foco da avaliação de risco: a saúde de quem trabalha ou de quem consome/utiliza o produto.

Também não está clara a sua prioridade para a vigilância do município, na medida em que as ações de saúde para esse grupo não se sustentam, não são perenes, são passageiras. A indefinição de prioridade guarda coerência com a dubiedade de gestão da vigilância da saúde do trabalhador no município entre o Cerest e o Devisa, como já apontávamos em estudo anterior (1).

Conforme indica um gestor de saúde do trabalhador, o processo de trabalho da Vigilância não está pautado nas necessidades de saúde desses trabalhadores.

Para o gestor de vigilância, a prioridade de um grupo é expressa no setor saúde, tradicionalmente, em um programa específico para ela, o que não ocorre para esse grupo.

O gestor argumenta que se acrescentam a isso os aspectos políticos da economia como determinantes da política de saúde e da invisibilidade do trabalhador informal. De certo modo, se reproduz a priorização de programas de saúde para atender a interesses da manutenção da economia; a perspectiva continua a ser do controle da sanidade na lógica do crescimento econômico, como nos séculos passados. Assim, não há política de saúde específica para trabalhadores informais, pois não há interesse do Estado em se voltar para os processos produtivos da informalidade, em desenvolver políticas públicas para grupos que não têm relevância econômica. Os grupos de risco são definidos não só por questões sanitárias, mas por questões econômicas também. E os trabalhadores informais não estão incluídos por não terem a mesma importância econômica dos trabalhadores formais.

Contudo, entendemos que o crescimento econômico verificado no Brasil e a diminuição da informalidade na economia evidenciam o reconhecimento do volume e importância econômica desse setor. Este esforço da área econômica não foi seguido pela saúde, que mesmo em época de maior expressão do setor

informal, continuou a ignorá-lo. Podemos perceber que essa é uma questão que conjuga diferentes setores econômicos e sociais e que coloca para a saúde a responsabilidade de destacar esse grupo pela ótica das necessidades de saúde e da identificação de riscos.

O gestor complementa que o SUS tem várias caixinhas para encaixar as pessoas: o homem, a mulher, o diabético, o hipertenso, o trabalhador. Mas é o trabalhador formal que se procura destacar, ainda que com dificuldades. Acredita que o SUS prevarica ao saber que o risco e a vulnerabilidade do trabalhador informal existem e não agir para enfrentá-los.

A invisibilidade do trabalhador informal apontada por esse gestor pode estar relacionada à invisibilidade e ao isolamento do campo da saúde do trabalhador no Brasil como nos mostram Leão e Vasconcellos (19), apesar das garantias constitucionais (4) e da Lei do SUS (5) relativas a esse campo. E mais, a representatividade de trabalhadores informais nas instâncias de participação do SUS pode estar comprometida, pois a representação de trabalhadores é feita, habitualmente, por entidades sindicais que não são os representantes desse grupo. Como alertam Dias e Hoefel (17), é preciso que haja a identificação de novas formas de representação dos trabalhadores em virtude do crescimento do trabalho informal e precário, pois as organizações sindicais não atendem a essa necessidade. Esses são fatores que contribuem para a invisibilidade do trabalhador informal também perante a política de saúde do trabalhador no SUS.

Destaca as dificuldades de sobrevivência que esses trabalhadores enfrentam, “trabalhando agora para comer agora”, não têm cidadania plena, passam fome, têm uma cidadania excludente. É uma mão de obra para uso em determinadas situações.

Esta declaração encontra sintonia no trabalho de Itikawa (23) que afirma que a exclusão da cidadania dos trabalhadores informais é também exclusão urbanística, pois, sem as garantias trabalhistas, “não se pode estar incluído dentro

da chamada cidade legal, com planejamento e regulação urbanística, ou seja, acesso à habitação, infraestrutura, saneamento, etc. (23)(p 225).”

Argumenta ainda, que há dificuldade dos profissionais da unidade de saúde em priorizar o trabalhador informal dentre tantas prioridades que a secretaria de saúde apresenta a eles e das dificuldades de conhecimento para a abordagem adequada desse grupo. Talvez o Cerest e a Vigilância tenham esse conhecimento.

Para o gestor de vigilância, as ações de vigilância se localizariam no campo da promoção e da prevenção, especialmente com trabalhos educativos. É fundamental a postura do vigilante e não de fiscalização, buscando possibilidades.

Para o gestor de saúde do trabalhador a possibilidade de trabalho está totalmente em ações educativas e na atenção básica juntamente com as VISA como suporte e apoio. Fala também da importância das ações de assistência à saúde, além das ações educativas e de vigilância. E ressalta que a abordagem desse grupo requer linguagens e formas específicas, que talvez os profissionais de vigilância não conheçam.

Um profissional de vigilância identifica limites na atuação da vigilância quanto à formalidade das ações e propõe alternativas de uso de instrumentos que podem dar formalidade ao ato da vigilância mesmo que a atividade de trabalho seja informal, como a utilização de guias de orientação.

O gestor do serviço de referência em saúde do trabalhador destaca o contrassenso existente entre a formalidade do processo de trabalho da vigilância e o objeto da vigilância, ou seja, por meio de instrumentos formais presentes no processo de trabalho da vigilância, promover o cuidado da saúde de alguém que não possui formalidade, mas existe. A vigilância parte do pressuposto que alguém responde formalmente por aquela atividade e usará dos instrumentos de coerção para promover as mudanças necessárias no ambiente, no processo de trabalho. Quando isso não se verifica na realidade, coloca-se um falso dilema: não poder agir por não ser formal. Essa situação pode ser verificada em diversas situações,

por exemplo, da ineficiência de instrumentos formais diante da clandestinidade de atividades de alimentos. O que a Vigilância pode fazer é ação educativa, de orientação, mas não tem o impacto que tem na pessoa jurídica, a quem se imputa a responsabilidade e se pode penalizar. É necessário que sejam revistos os processos formais de atuação diante de processos informais de trabalho. Cita o exemplo do artesão de madeira com riscos de exposição a solventes e a cortes. A autonomia que o trabalhador tem para modificar suas condições e processo de trabalho é relativa; ele precisa produzir, não é igual ao formal que pode se afastar e alguém vai arcar com os custos das adequações a serem feitas.

Segundo um gestor de vigilância, com os instrumentos que utiliza, o sistema de saúde como um todo e, em especial a Vigilância, não consegue categorizar o risco social e econômico e propor ações voltadas para esse grupo.

Há potência em trabalhos coletivos de vigilância em saúde, em projetos exemplares como Catadores Encantadores⁴ (57) que poderiam ser explorados e adotados como orientadores das práticas. Nesse trabalho eram realizadas ações de saúde voltadas para o trabalhador e sua família, como visita domiciliar, cadastramento, avaliação de saúde, vacinação, encontros para orientação quanto à organização e armazenamento dos resíduos visando à prevenção de vetores, doenças e acidentes, entrega de *bags* para armazenamento de materiais, de luvas de raspa de couro, de botas. As ações eram desenvolvidas pela equipe de vigilância em saúde em conjunto com o centro de saúde e contava com a participação das Secretarias Municipais de Assistência Social e de Trabalho e Renda. O trabalho dos agentes de controle ambiental pode contribuir para a identificação de grupos de trabalhadores informais e realização de ações voltadas para esses grupos. As ações conjuntas com outros órgãos são vistas como necessárias e a coordenação de ações intersetoriais é fundamental, pois trabalhos

⁴ O projeto Catadores Encantadores foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, motivado pelo controle da dengue, com foco nos catadores de materiais recicláveis, com ações voltadas para o trabalhador, sua família, o ambiente e a valorização dos produtos a serem comercializados, em uma perspectiva de abordagem integral da saúde, desenvolvido por equipes da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária.

com grande amplitude tendem a se desarticular se não houver uma coordenação efetiva.

O profissional reconhece e alerta para o fato de que as ações necessárias vão além do setor saúde, envolvendo a área de geração de renda e do meio ambiente, pelo menos. Identifica dificuldades em relação ao financiamento para o desenvolvimento dessas ações.

Segundo o gestor de vigilância, a estrutura organizacional pode facilitar ou dificultar as práticas a exemplo do que ocorre com as doenças relacionadas ao trabalho que não fazem parte das chamadas Doenças e Agravos não Transmissíveis na estrutura do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Essa análise coincide com as observações e conclusões tomadas no estudo sobre o processo de descentralização da vigilância de saúde do trabalhador em Campinas (2).

O gestor acrescenta, ainda, que as diferenças na legitimidade técnica e na liderança entre as estruturas que respondem pela vigilância em saúde e pela saúde do trabalhador, contribuem negativamente para a falta de organização de trabalhos específicos para essa população de trabalhadores.

Os usuários entrevistados não mencionam nenhuma espécie de ação que possa sugerir proximidade com ações de vigilância; o líder sindical reforçou a importância das ações de vigilância somente quando foi estimulado com uma pergunta direta sobre isso, o que reforça que, do ponto de vista do trabalhador, as ações de assistência direta e individual à saúde são prioritárias em relação às ações coletivas.

No contexto descrito de fragilidade de cidadania, de desinformação por parte dos trabalhadores, de evidente preponderância das necessidades relativas à assistência à saúde, não seria esperado que surgissem a partir dos trabalhadores informais os apontamentos sobre ações de vigilância, mas sim, a partir dos profissionais e gestores de saúde.

A vigilância é uma questão para os técnicos da saúde que devem ter, conforme nos diz Merhy (58), em sua caixa de ferramentas as tecnologias para identificar riscos presentes no território de atuação, destacar grupos mais vulneráveis, propor e realizar as ações para o enfrentamento das necessidades e problemas identificados, usando de tecnologias leves-duras, como a epidemiologia, a clínica, o planejamento.

O modelo de vigilância historicamente adotado pelo Ministério da Saúde não favorece a integralidade do olhar e das ações em saúde, com reflexos na organização e desenvolvimento dos serviços municipais. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica está organizado a partir de doenças e agravos à saúde, ficando a análise da situação de saúde de determinado território em segundo plano (40).

Ainda que conjunturalmente possa ser necessária, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde que separa os órgãos de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, respectivamente a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) contribui para a fragmentação da compreensão e abordagem das ações de saúde e reforça a existência de estruturas semelhantes em estados e municípios, nesses últimos, com prejuízos mais significativos, pois nos municípios as organizações com menos fragmentação têm mais sentido (59).

Entendemos que as ações de vigilância em saúde para o trabalhador informal, compreendidas como ações dos grandes núcleos de vigilância epidemiológica e sanitária voltadas para a relação do processo saúde-doença com o trabalho, seriam organizadas a partir do conhecimento do território onde estão essas pessoas que realizam essas atividades profissionais.

A construção dos mapas de saúde das regiões de saúde significa importante instrumento de evidenciação dos problemas e realidades regionais e favorece a adoção de medidas de enfrentamento, sejam coletivas ou individuais, dentro do campo da saúde ou fora dele, por meio de ações intersetoriais. Essa

prática pode ser estendida aos municípios e, dentro deles, às subdivisões administrativas que existirem. A participação dos profissionais, gestores e usuários na construção dos mapas, ainda que em tempos diferentes e progressivos, contribuirá para a identificação de situações de risco e seu enfrentamento efetivo. E ainda, a declaração pelos gestores dos compromissos estabelecidos por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (60).

Os usuários e os líderes sindicais dão ênfase ao tempo despendido na busca de cuidados. Além de ser resolutivo, o atendimento precisa ser ágil. Não há tempo disponível para a espera. Essa pode ser a expressão da tentativa do trabalhador em colocar-se recuperado para o trabalho, sugerindo relação com sua autonomia.

Vejamos algumas falas: *“Eu tinha uma dor na coluna, vim tomar injeção. Demorou 1 hora para ser atendido, isso me deixou muito humilhado”*.

“O camelô não consegue ser atendido no CS. Tem fila, demora, não consegue todos os remédios que precisa. Eles não podem deixar a banca, vem trabalhar doente mesmo”.

“O pronto-socorro é bom, mas queria que atendesse mais rápido. Uma vez fiquei umas duas horas porque teve emergência”.

“É difícil, mas a gente acaba conseguindo. É a demora nos atendimentos. Para fazer as coisas, a gente passa o dia no hospital; eu mesma, já teve dia de largar tudo no hospital e ir embora”.

“No postinho pra marcar uma consulta é difícil; não tem médico, tá cheio; marca pra daqui a 6 meses. O atendimento é ruim. No pronto-socorro, demora bastante, fiquei um dia todo. Para criança é o melhor hospital que tem; é na hora, resolve o problema, mas para adulto não, não foi só comigo. A última vez que fui no pronto-socorro a médica disse para eu ir ao postinho marcar com o ortopedista daqui há 6 meses!”

O tempo é apontado como recurso escasso de que o trabalhador dispõe, portanto, a espera em serviços de saúde e a demora no atendimento e no agendamento na rede primária ou de urgência não são aceitas por eles, pois se

estão em um serviço de saúde não estão trabalhando e assim, ficam sem ganhar seu dinheiro. Desse modo, o entendimento do que seja uma urgência em saúde difere daquela que os profissionais de saúde têm. Há demanda por atendimentos mais rápidos, ágeis e resolutivos. O tempo é fundamental, é valor importante para o trabalhador. Ocorre disjunção do tempo político, técnico (oportuno) e do usuário. Apenas no serviço de reabilitação identificamos a preocupação dos profissionais com a adequação da agenda de atendimentos proposta à disponibilidade e necessidade de tempo do usuário. Para o paciente o tempo pode estar relacionado à sua falta de autonomia para geri-lo, como por exemplo na ocasião de um adoecimento por ter que relocar-se rapidamente no trabalho.

Um trabalhador que utiliza a UBS referiu saber que o melhor horário para ir à unidade é às 16 horas, pois nesse horário, já não há “*mais tanta gente para atender e não atrapalha meu dia de serviço*”.

Podemos fazer algumas considerações a respeito do que poderia representar a autonomia para o trabalhador informal, ou seja, o modo desse trabalhador de levar a sua vida.

Tomemos em conta alguns elementos: o trabalhador informal não conta com a proteção legal para adoecer e se recuperar para o trabalho; as condições de vida relativas à moradia e rendimento são desfavoráveis; as dificuldades existentes na conciliação das atividades relacionadas à maternidade e ao trabalho da mulher; a possibilidade limitada de cuidados longitudinais e de formação de vínculo efetivo com os profissionais de saúde nos serviços de urgência.

Nesse contexto, o **tempo** parece um elemento crucial da autonomia do trabalhador para colocar seu **corpo** novamente à disposição do trabalho, recuperar sua possibilidade de ganho financeiro para seu sustento e da família, o que parece coerente com a escolha por ele dos serviços de urgência para seu atendimento. Tudo é urgente na sua recuperação.

A categoria tempo parece apresentar diferentes significados e importância para esses atores. O tempo da organização dos serviços de saúde não é satisfatório para os usuários trabalhadores do mercado informal. O agendamento de consultas e exames é a demonstração disso; a espera durante meses não é aceita. O trabalhador muitas vezes espera, pois não lhe resta alternativa, mas é frequente que retome o trabalho, mesmo sem boas condições de saúde, ou faça associação com o setor privado, muitas vezes com sacrifício, para atender as suas necessidades e de sua família em período de tempo mais plausível com suas possibilidades de afastamento. A demora atual para os procedimentos necessários para a atenção à saúde não tem sido satisfatória para os trabalhadores e técnicos da saúde. Nisto eles se encontram.

A autonomia do trabalhador está comprometida quando sua mobilidade, seu domínio sobre o ir e vir, suas possibilidades de escolhas sobre o tipo de trabalho, sua renda, a sua participação na definição dos possíveis cuidados de que necessita estão diminuídas.

Os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos usuários trabalhadores informais traduzem expressão dos “atores sociais, definidos ao mesmo tempo pelo espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço” (54)(p 2450). Desse modo, podemos compreender as opções feitas como manifestações da autonomia dos usuários.

A automedicação é adotada como alternativa para o alívio da dor, à falta de atendimento ágil nos serviços, ao tempo de espera e para aumentar sua autonomia, ou seja, não ficar afastado do trabalho e submetido ao que os serviços de saúde definem para seu cuidado. Vejamos a fala de um trabalhador informal: *“Resolveu o alívio da dor, mas volta de novo, tomo comprimido por conta. Fui a uma farmácia e o rapaz disse que era muito fraco e deu outro”*. E a fala do dirigente sindical: *“ com o fechamento do pronto-atendimento e sem ter para onde ir e ser atendido logo, eles estão se automedicando”*.

Esse achado é semelhante aos encontrados por Gerhardt (54), ao verificar que a automedicação foi o primeiro recurso utilizado por 88% das famílias pesquisadas para resolverem problemas leves de saúde. Nessa mesma pesquisa, o segundo recurso procurado foram os cuidados chamados tradicionais como, terapeutas populares, balconistas de farmácia, massagistas, curandeiros e benzedeiros fora da família; diferentemente dos achados por esse autor, nosso estudo não apontou a busca por esse tipo de recurso.

Para uma mulher, houve dificuldades em conciliar o trabalho formal com a maternidade, fazendo com que migrasse para o mercado informal de trabalho, pela autonomia que teria para administrar suas atribuições e responsabilidades profissionais e familiares, autonomia entendida como a sua liberdade para cuidar da maternidade e optar pela informalidade. A escolha da informalidade significou a possibilidade de conciliar a maternidade e o trabalho, ainda que fosse com o ônus da desproteção legal. Aqui, a formalidade do emprego, que representaria respeito à cidadania, passou a ser encarada como um empecilho à vivência da maternidade, o que representa uma inversão de direitos da mulher.

A maioria das mulheres não age com esta radicalidade, mas o caso desta entrevistada nos faz supor o que pode estar acontecendo com as trabalhadoras e suas famílias, pela insuficiência de proteção de seus direitos, como agravante de vivermos uma época em que avançar nestas conquistas pode significar ameaça e retração de postos de trabalho, supostamente justificadas pelas repercussões da crise financeira mundial.

Como vemos, a suposta liberdade de escolha pelo trabalho informal expressa certa autonomia às avessas, na medida em que os direitos legais do cidadão são colocados em segundo plano para poder organizar seu próprio modo de levar a vida, no qual estejam consideradas suas necessidades.

Os achados desse estudo demonstram que a preocupação com os cuidados com a saúde não se constituem em prioridade em si mesma, mas fazem parte de um conjunto de restrições que se expressam na prioridade da

manutenção das condições básicas da vida, à semelhança dos achados por Gerhardt (54).

As narrativas dos trabalhadores informais ouvidos evidenciam aspectos de descaso, desumanização, isolamento, espoliação, solidão mais intensa, sem previdência, sem atenção integral à saúde e permitem identificar os itinerários terapêuticos construídos a partir das iniciativas dos usuários dentro das situações de facilidade ou dificuldade de acesso e da capacidade ou incapacidade dos serviços de saúde em reconhecer necessidades e atender a demandas, conforme aponta Cabral (51).

4.3 – O reconhecimento dos trabalhadores informais como grupo vulnerável e a organização dos serviços de saúde para desenvolver atenção integral em saúde

Podemos verificar que tanto profissionais quanto gestores dos serviços de urgência, de referência e de vigilância referem ser importante o conhecimento da informação para organização do processo de trabalho e da oferta de ações dirigidas a esse grupo específico da população. Contudo, a organização do serviço não está pautada no uso da informação sistematizada que dê subsídio ao planejamento de ações para atender às necessidades das pessoas, presentes em determinado território.

Essa constatação está em desacordo com a lei orgânica do SUS (5), que expressa a necessidade de planejar as ações baseadas nas realidades dos locais onde serão desenvolvidas. Desse modo, o conhecimento da realidade de um território pressupõe a utilização de informações organizadas e sistematizadas.

As formulações dos gestores e trabalhadores da saúde revelam o reconhecimento da vulnerabilidade dos trabalhadores informais. Ainda que haja o reconhecimento a partir de elementos relativos aos determinantes sociais do processo saúde-doença, a tradução para a sua realidade local pode não se dar de forma efetiva, uma vez que não há ações dirigidas a esse grupo. O conhecimento

da situação de saúde dos trabalhadores informais a partir da análise das informações geradas pelos próprios serviços de saúde poderia iluminar esse tema e atenderia às recomendações expressas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, quanto à identificação dos trabalhadores informais como grupo vulnerável e prioritário (13). No entanto, não é a partir dessas informações que se dá a organização dos serviços.

Os trabalhadores e gestores dos serviços de urgência apontam dificuldades na coleta de informações adicionais àquelas que já fazem parte dos seus instrumentos de registros e referem que as ações realizadas diretamente por eles não sofreriam mudanças em função da identificação do tipo de vínculo com o mercado de trabalho que o usuário apresente. Há dúvida se essa informação poderia ser coletada no serviço mediante registro simplificado. Uma das dificuldades apontadas é a coleta do endereço correto, o que atribuem ao que chamam de cultura de informalidade, pela qual, o trabalhador informal quer permanecer invisível.

A informação não é apontada como essencial ao desenvolvimento do cuidado por profissionais de serviços de urgência, contudo, poderia auxiliar a dar visibilidade à situação dos trabalhadores informais de modo a sensibilizar a Vigilância e as UBS para a importância do assunto. Pudemos identificar uma rejeição do profissional a ter que dividir o seu trabalho clínico com a tarefa de produzir informação em formulário que não seja o prontuário ou equivalente.

Ainda, a falta de recursos e de autonomia das unidades de saúde não permite que os rumos da atenção mudem em função de uma necessidade da população captada. Ao menos não com rapidez. Nesse sentido, a identificação de novas necessidades da população agrega dificuldades aos gestores e profissionais de saúde. A limitação de recursos aliada à invisibilidade desse grupo é determinante para a inexistência de priorização e processos de trabalho voltados para eles.

Há constatação pelos gestores de vigilância de que há dados nos bancos de dados utilizados pela vigilância que não se transformam em informação pela falta de análise e que poderiam ser úteis para a organização do processo de trabalho. A desarticulação dos diferentes núcleos de atuação da vigilância em saúde reflete na qualidade da informação gerada e das ações realizadas.

Gestores e profissionais de saúde concordam em dizer que orientações e determinações antigas não são seguidas, como a notificação de agravos de trabalhadores informais. A implantação da notificação é apontada como uma dificuldade a ser superada, adotando-se estratégias diferenciadas em função dos diferentes tipos de necessidades de informação e características dos serviços, como por exemplo, a realização de busca ativa em serviços específicos.

Os profissionais de vigilância identificam a necessidade de usar a informação para melhorar a organização do seu trabalho e da equipe, propõem alternativas a partir da melhor utilização de sistemas já existentes como as informações que estão no sistema de informação (Sinan) por meio da análise delas. Também, indicam outras possibilidades como o incentivo às notificações de agravos à saúde dos trabalhadores por meio das unidades de saúde. Informam que não é feita a análise dos dados disponíveis no sistema de informação Sinan, por parte da equipe de vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador, análise essa que poderia proporcionar compreensão da situação dos trabalhadores acometidos por agravos relacionados ao trabalho. A organização do serviço não está pautada no uso da informação sistematizada.

Autores como Fialho-Júnior (41) e Drumond-Júnior (42) reforçam a importância do uso da informação local para o planejamento e a tomada de decisão, como elementos da gestão. Contudo, verificamos que a capacidade do sistema de saúde, seja da área de assistência ou de vigilância em saúde, de identificar e levantar os problemas é maior do que a capacidade de elaborar propostas para enfrenta-los.

Ainda que as publicações oficiais, a exemplo do Guia de Vigilância Epidemiológica (40) expressem a importância da utilização da informação organizada e sistematizada para orientar a tomada de decisão, isso não se verificou nos serviços pesquisados.

A atenção à saúde do trabalhador não está incorporada na rede de saúde. O profissional de vigilância vê necessidade de trabalho integrado com a atenção primária e propõe estimular a notificação pela atenção primária por meio de simplificação do formulário de notificação, como do Relatório de Atendimento do Acidentado do Trabalho (RAAT). O gestor de saúde do trabalhador, ao abordar o tema da informação, relata que esse grupo não aparece como problema e que é necessário quantificá-lo e que a notificação seria uma forma, mas é insipiente.

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, pela legislação previdenciária brasileira, devem ser notificados por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho preenchida pela empresa, pelos serviços de saúde, sindicatos ou pelo próprio trabalhador. A CAT tem como finalidade principal o reconhecimento legal do acidente ou da doença e significa o direito do trabalhador aos benefícios previdenciários junto ao INSS para aqueles trabalhadores regidos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Contudo, não estão incluídos na obrigatoriedade do preenchimento das CAT os trabalhadores autônomos, empregados domésticos, garimpeiros, pescadores, proprietários, empresários, produtores rurais, religiosos, funcionários públicos civis e militares estatutários (10).

A experiência do município de Piracicaba, SP, demonstra o potencial da utilização de instrumento de notificação de acidentes graves de trabalho (RAAT) em unidades de pronto-atendimento para a ampliação do conhecimento dessas ocorrências entre trabalhadores do mercado informal, informações essas, desconhecidas anteriormente(61).

A invisibilidade do trabalhador informal é reforçada junto aos profissionais e gestores de saúde pela história marcante das orientações previdenciárias relativas

à Comunicação de Acidente de Trabalho, ato exclusivamente dedicado a trabalhadores formais, deixando do lado de fora das notificações os informais. Essa pode ser uma explicação para a dificuldade da ampliação das notificações ao SUS para os trabalhadores informais.

As diferentes visões, compreensões e modo de atuar entre os profissionais da equipe de vigilância em relação à saúde do trabalhador implicam em diferentes abordagens do tema e na organização do processo de trabalho.

Essa situação pode ser reflexo da compreensão distorcida sobre a descentralização da vigilância da saúde do trabalhador ocorrida em 2001, que pode ter atribuído apenas aos profissionais do núcleo específico a responsabilidade pelo campo de saúde do trabalhador dentro da equipe de vigilância.

Profissionais do serviço de reabilitação apontam que a vigilância epidemiológica tem o conhecimento dos instrumentos e pode usá-los para esses eventos de reabilitação, tanto para proporcionar a produção de informação sistematizada como para utilizar os eventos causadores de deficiência como sentinelas para a revisão de processos e ações de saúde desenvolvidas pelo sistema de saúde, para estruturar adequadamente os serviços que possam ter falhado na produção do cuidado.

Sob a categoria acesso às tecnologias de saúde, os líderes sindicais abordam aspectos relacionados à gestão dos serviços de saúde destacando que os serviços de urgência têm fundamental importância como porta de entrada e que a rede básica deveria ser a orientadora do sistema de saúde, mas está insuficiente para dar conta do tamanho da população. O concurso público é visto como necessário ao adequado provimento da rede. A adequação das unidades de urgência é indicada como essencial para os trabalhadores informais. Os serviços de saúde estão sobrecarregados e não conseguem atender a toda a demanda. Relatam casos de desassistência, como o de uma pessoa com câncer de nariz

que tem uma consulta agendada para dali a quatro meses em um hospital da região norte.

O gestor de unidade de urgência também aponta a falta de profissionais como o fator limitante para promover o devido encaminhamento dos usuários às unidades básicas ou às especialidades de forma a promover a transferência do cuidado de maneira corresponsável.

O gestor de Visa aponta a escassez de profissionais e de recursos materiais para incorporar novas ações dirigidas a esse grupo social, o que nos faz refletir sobre a ausência de política na vigilância em saúde para esse grupo, pois o trabalhador informal está fora da divisão do pouco recurso existente nesse tipo de serviço.

A pesquisa estimulou a reflexão momentânea junto aos gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado e a vigilância da saúde dos trabalhadores informais.

Há convergência nas falas dos entrevistados em relação ao comprometimento das ações oferecidas devido à falta de profissionais de saúde. Reforçam a insuficiência da rede de atenção primária como elemento de direcionamento dos usuários para as unidades de urgência/emergência.

O gestor protege o serviço de urgência do restante das dificuldades que o Sistema de Saúde apresenta. Um deles faz a sugestão de criar um serviço de atendimento para os trabalhadores informais que fosse até os locais de trabalho, aos moldes do atendimento do morador de rua, identificasse as necessidades de saúde e os encaminhasse para a rede básica.

O profissional de saúde de todos os serviços entrevistados é sensível ao sofrimento do trabalhador informal, pelas condições de trabalho, vida e saúde.

Há sofrimento do profissional de saúde que é solidário ao sofrimento do usuário e ele encontra alternativas isoladas e pontuais para resolver esse duplo

sofrimento, como a vinculação do usuário a si próprio, marcando retornos na unidade de urgência. No entanto, não há estratégias de diminuição do sofrimento por parte da gestão que levem em conta a participação desses profissionais, que têm sugestões a serem apresentadas, como, por exemplo, a inclusão do assistente social nas equipes de saúde.

Pudemos identificar que os profissionais de saúde sentem prazer em ver o trabalho realizado com qualidade e podem contribuir com a gestão oferecendo ideias e iniciativas, identificando limitações no serviço e propondo alternativas aos problemas encontrados, deste modo, representando possibilidades importantes de contribuição com a gestão dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde são atores que pensam, formulam e jogam dentro dos espaços da instituição e “dançam, mas nem sempre conforme a música que a direção toca”. Nesse sentido, os profissionais de saúde utilizam-se da autonomia que possuem para criar e propor ideias para enfrentar as situações de seu cotidiano (56)(p.347).

O envolvimento da equipe e de gestores de saúde e compartilhamento da elaboração de projetos para intervenção em situações a serem enfrentadas proporcionam a realização do trabalho com prazer, condição fundamental para a satisfação dos sujeitos, fazendo diminuir o aspecto penoso do trabalho. Campos (62) argumenta que a cogestão proposta no Método da Roda amplia as possibilidades de trabalho prazeroso; destaca a importância da construção coletiva da Obra como possibilidade de produção de relações mais afetivas com o trabalho e dos sujeitos se reconhecerem como coautores da história da instituição.

Fazemos um destaque para esse aspecto relativo aos profissionais de saúde, com o objetivo de analisar a adequação do número de profissionais de vigilância frente às responsabilidades que têm, tomando como base os anos de 2000 e 2011.

Alguns dados nos chamam a atenção e indicam haver quadro insuficiente de profissionais de vigilância, quando comparamos com o total existente na Secretaria Municipal de Saúde nos anos de 2000 e 2011⁵.

Em 2000, havia 45 Unidades Básicas de Saúde, 7 serviços de vigilância (Covisa, Visa e Centro de Controle de Zoonoses), 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, além das outras unidades especializadas. Naquele mesmo ano, a SMS contava com 3401 profissionais contratados diretamente pela Prefeitura de Campinas, sendo que destes, 146 eram profissionais que atuavam nos serviços de vigilância, representando 4, 29% do total da SMS.

Foi no mesmo ano de 2000 o último concurso público que possibilitou o ingresso de novos profissionais para a vigilância. A partir daí, o provimento de recursos se deu apenas por processo seletivo interno, com remanejamento de profissionais que já estavam atuando na rede de saúde, especialmente enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos. Não foi possível o suprimento das necessidades das demais categorias que atuam na vigilância, como por exemplo, farmacêuticos, engenheiros, médicos veterinários, biólogos, físicos, químicos, pois não há disponibilidade desses profissionais a não ser por meio de ingresso de novos profissionais por concurso público.

Em 2011, o número de UBS passou a 61; os serviços de vigilância e saúde do trabalhador se mantiveram. O número de profissionais da SMS passou para 6484 e os profissionais de vigilância passaram a 180, representado 2,78% do total.

Também houve a contratação de 193 profissionais para atuarem no controle da dengue e de outros agravos relacionados ao ambiente. Esses

⁵ Fontes: DGETS/SMS - Consiste 2000
Relatório de gestão SMS 2001-2004. Disponível em
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/ou/rel_gestao_2004.htm
Apresentação de RH ao CMS em 06/09/2011. Disponível em
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/Apresent_RH_01_09_11.pdf
Quadro de profissionais. Disponível em
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/Quadro_profissionais.pdf

profissionais podem e atuam na identificação de situações e locais nos quais estejam envolvidos trabalhadores do mercado informal, como por exemplo, os catadores de resíduos. Contudo, há limites evidentes para a sua atuação relativos à impossibilidade legal de serem investidos da atribuição de autoridade sanitária, pois são contratados por meio de convênio com outra instituição.

A política local de saúde não tem tratado as áreas de Vigilância e Saúde do Trabalhador como recomenda a PNSTT (13) e tampouco de modo condizente com as necessidades de saúde da população, com insuficiência de recursos, especialmente de profissionais, refletindo na organização do processo de trabalho da Vigilância de modo a não incorporar novas ações à equipe já sobrecarregada de trabalho, ainda que possam ser importantes para enfrentar riscos à saúde.

Ainda que haja semelhanças entre os trabalhadores informais e outros grupos da população em relação às condições de vida, o sistema de saúde se constitui em política pública inclusiva, que deve identificar a vulnerabilidade desse grupo e que tem possibilidade de reconhecer as diferentes demandas que os trabalhadores informais apresentem e oferecer ações para resolver as necessidades de saúde e, ainda, buscar rede de ajuda para aquelas que não sejam resolvidas pela área da saúde.

As dificuldades existentes na rede de atenção à saúde acarretam insuficiência do cuidado em saúde para todos os grupos da população, mas têm repercussão maior sobre os grupos mais vulneráveis.

Desse modo, as fragilidades que possam existir no sistema de saúde não podem representar agravamento da vulnerabilidade desses grupos, necessitando que a gestão do sistema promova medidas para evitar aumento da iniquidade, como indicado na PNSTT (13).

Dar voz aos trabalhadores informais amplia a capacidade dos profissionais de saúde de compreenderem as interpretações e combinações que o indivíduo faz na busca de cuidados de saúde e no modo de organizar a sua vida, permitindo

melhor identificação da vulnerabilidade desse grupo. Ouvir o usuário real, não idealizado, pode fazer-nos conhecer os também reais caminhos que ele traça, por vezes tortuosos, e nos permitir aperfeiçoar o sistema de saúde.



5 - CONCLUSÃO

Os trabalhadores informais são um grupo vulnerável e devem receber ações de saúde que promovam a equidade.

A rede de saúde oferece ações de modo fragmentado.

O itinerário terapêutico desenvolvido pelos trabalhadores informais evidencia a sua busca por serviços de modo a resolver suas necessidades. Ele é construído de maneira solitária, salvo exceções, quando profissionais de saúde se responsabilizam por seu cuidado.

A insuficiência da rede de atenção compromete a qualidade do cuidado. Os serviços de referência demonstraram melhores condições para realizar o cuidado integral.

Há vínculos criados entre profissionais e usuários.

Os serviços de urgência e emergência representam porta de entrada no sistema para os trabalhadores informais.

O tempo é uma categoria fundamental no cuidado de saúde desses trabalhadores.

A autonomia para o trabalhador informal é representada por aspectos relacionados à sua recuperação para o trabalho, à liberdade para organizar seu modo de levar a vida, incluindo a organização de seu processo de trabalho, a conciliação do trabalho com a maternidade, a construção de rede de ajuda solidária.

A informação não tem sido necessária para a organização das ações e serviços de saúde.

Não são desenvolvidas ações de vigilância em saúde específicas para esse grupo da população. As possibilidades de ações nesse campo estão relacionadas à educação em saúde.

Ao concluirmos esse estudo, ressaltamos alguns elementos que não foram objeto dessa pesquisa, mas que poderiam ser aprofundados, como aqueles relativos ao mundo do trabalho, seus aspectos sociológicos e econômicos e ainda, a respeito dos discursos produzidos nos espaços dos serviços de saúde.

Por fim, o SUS Campinas vem avançando na direção de atender as demandas da população, mas esta trajetória tem sido tortuosa e cheia de obstáculos. Talvez um dos impeditivos da busca da rede para o oferecimento de atenção integral seja a dificuldade de lançar um olhar mais crítico e ao mesmo tempo generoso para o território, colocando energia criativa para além dos processos em curso atualmente nas unidades que a compõem. Isto significa um trabalho associativo entre profissionais de saúde, gestores, usuários e demais implicados com o processo de atenção à saúde da população.



6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balista SRR. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no SUS - Campinas. [dissertação mestrado]. Campinas: UNICAMP; 2008.
2. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa-Filho HR. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27:759-68.
3. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa-Filho HR. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2011;36:216-26.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF: Senado Federal do Brasil; 1988 [acesso em 02 novembro 2012]; Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_29.03.2012/CON1988.pdf.
5. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Lei nº 8.080. Diário Oficial da União (1990).
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco; 2001. p. 39 - 64.
7. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco; 2001. p. 113 -26.

8. Silva-Jr AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco; 2003. p. 113-28.
9. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Cordeiro R, Vilela RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varolla AJ, et al. O Sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1574-83.
11. Maeno M, Carmo JC. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec; 2005.
12. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad Saúde Pública 1997;13(2):33-45
13. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, 1823 (2012).
14. Portaria 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências, 1679. Diário Oficial da União (2002).
15. Portaria 2437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast - no Sistema Único de Saúde - SUS, Portaria 2437. Diário Oficial da União (2005).
16. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências, 2728. Diário Oficial da União (2009).

17. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(4):817-28.
18. Pinheiro TMM, Ribeiro FSN, Machado JMH. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 3a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Trabalhar sim! Adoecer não! Coletânea de Texto*. 2003(Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social.):76-81.
19. Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011 jan-mar;20(1):85-100.
20. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(2):21 - 32.
21. Campinas. Termo de referência para o projeto de ampliação da cobertura da assistência e vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Prefeitura Municipal de Campinas - Secretaria da Saúde. Campinas: Secretaria da Saúde; 2001.
22. Campinas. I Oficina de Saúde do Trabalhador. Prefeitura Municipal de Campinas - Secretaria da Saúde - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador. Campinas: Secretaria da Saúde; 2002.
23. Itikawa LF. Trabalho informal nos espaços públicos no centro de São Paulo [doutorado]. São Paulo: USP; 2006.
24. Noronha EG. "Informal", ilegal, injusto: percepções do mercado de trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2003;18(53):111-29.
25. Leone ET. O perfil dos trabalhadores e trabalhadoras da economia informal. Brasília: OIT; 2010.

26. Brasil. Mercado de trabalho: conjuntura e análise. Ministério do Trabalho e Emprego-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA; 2011.
27. Dias EC, Oliveira RPd, Machado JH, Minayo-Gomez C, Perez MAG, Hoefel MdGL, et al. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil; Condições de emprego e iniquidades em saúde: um estudo de caso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:2452-60.
28. Vilela RAG, Ferreira MAL. Nem tudo brilha na produção de jóias de Limeira – SP. *Produção*. 2008 jan/abril 2008;8(1):183-94.
29. Santana V, Nobre L, Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:841-55.
30. Lenza P. *Direito constitucional esquematizado*. 7ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 2004.
31. Wünsch-Filho V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(2):103-17.
32. Martins IS, Fischer FM, Oliveira DC, Teixeira LR, Costa LAR, P MS, et al. Crescimento e trabalho de estudantes do ensino fundamental e médio em São Paulo *Rev Saúde Pública* 2002;36(1):19-25.
33. Minayo-Gomez C, Meirelles ZV. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva *Cad Saúde Pública* 1997 13(2):135-40.
34. Correa-Filho HR, Cugliari L, Gaspar AACs, Loureiro JF, Siqueira CE. Epidemiological surveillance of informal workers' health in two cities in southeastern Brazil: the experience of the TRAPP-TRAPPURA projects. *Int J Occup Environ Health*. 2010;16(1):36-43.
35. Waldvogel BC. A população trabalhadora paulista e os acidentes do trabalho fatais. *São Paulo em Perspectiva*. 2003;17(2):42-53.

36. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4):797-807.
37. Wünsch-Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cad Saúde Pública*. 1999;15 (1): 41-51
38. Cecílio L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, org. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO; 2001. p. 113-26.
39. Waldman EA. Vigilância como prática de saúde pública. In: Campos GWSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YM, org. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006. p. 487-528.
40. Brasil. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 816.
41. Fialho-Júnior RB. *Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da micro área: como (o)usar mesmo? [dissertação mestrado]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
42. Drumond-Júnior M. *Epidemiologia em serviços de saúde*. In: Campos GWSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YM, org. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006. p. 419-56.
43. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS, 777 (2004).

44. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, 104 (2011).
45. Resolução SS nº 63, de 30 de abril de 2009. Regulamenta o fluxo de notificações de agravos à saúde do trabalhador no âmbito do Estado de São Paulo, (2009).
46. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, org. Avaliação por triangulação de métodos - abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 19-51.
47. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, org. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador - Rio de Janeiro: EDUFBA - Ed.Fiocruz; 2005. p. 15-39.
48. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. revisada e aprimorada ed. São Paulo: Hucitec; 2006
49. Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por entrevistas telefônicas - VIGITEL 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
50. Cecílio LCO. As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado: muito além da regulação do acesso e utilização de serviços do SUS - Relatório científico referente ao período de julho de 2011 a agosto de 2012. 2012.

51. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:4433-42.
52. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder; 25 a 28 agosto 2008; Florianópolis: UFSC; 2008.
53. Faquinello P, Marcon SS. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:1345-52.
54. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:2449-63.
55. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:2893-902.
56. Cecilio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11:345-51.
57. Provatti OJ, Freire L, Menezes NS, Camilo TR, Oliveira AR, Gomes NSPR, et al. Projeto Catadores Encantadores. XXIV Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; abril 2010; Campinas: COSEMSSP; 2010.
58. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2000;4:109-16.
59. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS/ISC; 2002

60. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90. In: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 16.
61. Vilela RAG, Ricardi GVF, Iguti AM. Experiência do programa de saúde do trabalhador em Piracicaba: desafios da vigilância em acidentes do trabalho. Informe Epidemiológico do SUS. 2001;10(2):81-92.
62. Campos GWSC. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.



7 - APÊNDICES

Apêndice 1

ROTEIRO PARA REUNIÕES PREPARATÓRIAS DA PESQUISA

- Fazer a apresentação dos presentes.
- Apresentar a finalidade da reunião: esclarecer o interesse pelo tema, apresentar a proposta de avaliação participativa, levantar os elementos centrais a serem considerados na pesquisa e as linhas gerais do método.

Questões orientadoras:

1. O que vocês acham que deve ser avaliado a respeito do trabalhador informal no SUS de Campinas? Quais as questões centrais que devem ser respondidas?
2. Quais categorias de trabalhadores informais devem ser envolvidas na pesquisa (as que mais demandam o SUS, as que apresentam maior vulnerabilidade)?
3. Quais unidades de saúde devem ser envolvidas na pesquisa (as mais demandadas, as que já têm algum trabalho com informais, aquelas que mais atendem trabalhadores)?
4. Quais profissionais de saúde devem ser envolvidos na pesquisa (gestor e trabalhador)?
5. Quem se dispõe a compor o grupo de avaliadores e dar continuidade à pesquisa (definir quais os critérios de avaliação, os indicadores, os parâmetros; realizar a análise)?
6. Quem são outros atores implicados que estão faltando e por quê?

Apêndice 2

FORMULÁRIO PARA INQUÉRITO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SAÚDE DO TRABALHADOR E REABILITAÇÃO

UNIDADE:

nome	data	hora	cartão SUS	prontuário	ano nasc	idade	sexo	endereço	telefone	agravo	CID	conduta

Apêndice 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES INFORMAIS

DATA: _____/_____/_____

NOME: _____

IDADE: _____ anos

SEXO: MASCULINO () FEMININO ()

ENDEREÇO: Rua/Av: _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: (_____) _____

- Qual sua atividade de trabalho?
- Onde trabalha?
- Há quanto tempo é trabalhador informal? Sempre foi trabalhador informal?
- Qual sua atividade anterior e por quanto tempo?
- Qual seu problema de saúde?
- Quando começou?
- Que serviços de saúde você procurou? Conte qual tem sido sua trajetória por serviços de saúde em busca de cuidados.
- O seu problema de saúde limita ou o impede sua condição de trabalho?
- Se sim, de onde vem sua renda?
- Conhece outros trabalhadores informais com problemas de saúde?
- Há outras pessoas doentes no seu local de trabalho?
- Suas necessidades de saúde estão sendo atendidas? (ou: O que precisa para sua saúde?)
- De que mais necessitaria?
- (sugestão do Sindicato da Construção Civil) Procurou ou foi orientado a procurar a previdência ou o sindicato?

Apêndice 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRIGENTES SINDICAIS E ASSOCIAÇÕES DE CATEGORIAS PROFISSIONAIS

ENTIDADE: _____

DATA: ____/____/____

NOME: _____

CARGO OU FUNÇÃO: _____

1. Quais as principais categorias de trabalhadores informais do município de Campinas?
2. Quais os principais problemas de saúde que você identifica entre os trabalhadores informais?
3. Quais os serviços de saúde mais procurados por esses trabalhadores?
4. Onde moram esses trabalhadores informais?
5. Nos últimos anos, com o desenvolvimento econômico e a diminuição do desemprego no Brasil, houve modificações no mercado do trabalho informal em Campinas e nas consequências para a saúde desses trabalhadores?
6. Quais as ações de saúde que você esperaria dos serviços de saúde para atender às necessidades de saúde dos trabalhadores informais?

Apêndice 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE (UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CEREST, REABILITAÇÃO)

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA: ____/____/____

NOME: _____

CARGO OU FUNÇÃO: _____

1. Trabalhadores informais procuram esta unidade de saúde para atendimento?
2. Quais são os agravos mais frequentes apresentados por eles?
3. Você considera este serviço de saúde preparado para atender os trabalhadores informais?
4. Quais ações decorrem ou decorreriam de atendimento e reconhecimento?
5. Quais as dificuldades que você identifica para realizar tanto o atendimento quanto as ações que seriam decorrentes dele?
6. Quais informações você considera necessárias para organizar a atenção e vigilância da saúde dos trabalhadores informais?

Apêndice 6

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA: ____/____/____

NOME: _____

CARGO OU FUNÇÃO: _____

1. O serviço ou sistema de saúde tem, dentre seus objetivos, atender o trabalhador informal em suas necessidades de saúde?
2. E o atende?
3. Se sim, quais ações estão previstas?
4. Se não, quais dificuldades em reconhecê-lo?
5. Quais ações decorrem ou decorreriam de atendimento e reconhecimento?
6. Quais informações são necessárias para a gestão da atenção e vigilância da saúde do trabalhador informal?

Apêndice 7

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UNIDADE DE VIGILÂNCIA: _____

DATA: ____/____/____

NOME: _____

CARGO OU FUNÇÃO: _____

1. Quais são os agravos mais frequentes apresentados por trabalhadores informais?
2. Você considera este serviço de saúde preparado para oferecer ações de saúde para os trabalhadores informais?
3. Quais ações deveriam ser oferecidas por esse serviço para atender às necessidades de saúde dos trabalhadores informais?
4. Quais as dificuldades que você identifica para realizar as ações necessárias?
5. Quais informações você considera necessárias para organizar a atenção e vigilância da saúde dos trabalhadores informais?

Apêndice 8

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UNIDADE DE VIGILÂNCIA: _____

DATA: ____/____/____

NOME: _____

CARGO OU FUNÇÃO: _____

1. O serviço ou sistema de vigilância em saúde tem, dentre seus objetivos, atender às necessidades de saúde do trabalhador informal?
2. Se sim, quais ações de vigilância estão previstas?
3. E quais são realizadas, por quem ou qual equipe?
4. Quais são as dificuldades para realizar ações de vigilância para os trabalhadores informais?
5. Quais ações decorrem ou decorreriam do atendimento e do reconhecimento desses trabalhadores, inclusive em relação a outros serviços?
6. Quais informações são necessárias para a gestão da atenção e vigilância da saúde do trabalhador informal?

Apêndice 9

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Pós-graduação em Saúde Coletiva
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadora responsável: Salma Regina Rodrigues Balista. Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular do Programa de Pós-graduação (doutorado) em Saúde Coletiva, RA 810941, RG 10949620, CPF 016161198-86. Av. Anchieta, 200, 110 andar, Centro, Campinas – cep 13015-100. Fone 19- 21160187. Endereço eletrônico: salmabalista@yahoo.com.br

Orientadora: Prof^a. Sílvia Maria Santiago

Co-orientador: Prof. Dr. Heleno Corrêa Rodrigues Filho

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP:

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP

Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Unidade de Saúde ou Entidade: _____

Participante Convidado (a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende conhecer como ocorrem as ações de saúde para os trabalhadores informais no Sistema Único de Saúde de Campinas. Para isso, partimos da idéia de que é fundamental realizá-la junto com quem participa deste processo.

Esta pesquisa faz parte do meu projeto de doutorado e tem a intenção de contribuir com o SUS de Campinas, na medida em poderá coletar e oferecer elementos que ajudem na compreensão dos principais problemas de saúde que afetam esses trabalhadores, quais os serviços de saúde que eles utilizam, quais ações de saúde são oferecidas, quais informações são necessárias para organizar a atenção à saúde dos trabalhadores informais e quais as dificuldades encontradas permitindo identificar os acertos e necessidades de ajustes e correções.

Você poderá participar ou não da pesquisa. A sua recusa não trará nenhum prejuízo a você. Coletaremos as informações a partir de entrevista com você. Essa entrevista será registrada na mesma hora e apresentada para sua aprovação ou correção das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes da pesquisa, nem de reembolso de dinheiro, pois, com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. Uma via desse termo do consentimento será entregue a você.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO (entrevista presencial)

Após ler as informações dadas sobre a pesquisa e ter a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas que me deixaram satisfeito(a), e tendo entendido que tenho o direito de me recusar a participar da pesquisa, sem que isso traga alguma penalização para mim, aceito participar desta pesquisa. Campinas, ___/___/_____

assinatura do(a) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 10949620

Apêndice 10
Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadora responsável: Salma Regina Rodrigues Balista. Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular do Programa de Pós-graduação (doutorado) em Saúde Coletiva, RA 810941, RG 10949620, CPF 016161198-86. Av. Anchieta, 200, 110 andar, Centro, Campinas – cep 13015-100. Fone 19- 21160187. Endereço eletrônico: salmabalista@yahoo.com.br

Orientadora: Prof^a. Sílvia Maria Santiago

Co-orientador: Prof. Dr. Heleno Corrêa Rodrigues Filho

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP:

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP

Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Unidade de Saúde ou Entidade: _____

Participante Convidado (a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende conhecer como o Sistema Único de Saúde de Campinas cuida da saúde dos trabalhadores informais. Para isso, partimos da ideia de que é fundamental realizá-la junto com quem participa deste processo.

Esta pesquisa faz parte do meu projeto de doutorado e tem a intenção de contribuir com o SUS de Campinas, na medida em poderá coletar e oferecer elementos que ajudem na compreensão dos principais problemas de saúde que afetam esses trabalhadores, quais os serviços de saúde que eles utilizam, quais ações de saúde são oferecidas, quais informações são necessárias para organizar a atenção à saúde dos trabalhadores informais e quais as dificuldades encontradas permitindo identificar os acertos e necessidades de ajustes e correções.

Você poderá participar ou não da pesquisa. A sua recusa não trará nenhum prejuízo a você. Coletaremos as informações a partir de entrevista com você. Essa entrevista será gravada. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes da pesquisa, nem de reembolso de dinheiro, pois, com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. O seu consentimento ficará gravado.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO (entrevista telefônica)

Após ouvir as informações dadas sobre a pesquisa e ter a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas que o deixaram satisfeito (a), e tendo entendido que tenho o direito de se recusar a participar da pesquisa, sem que isso me traga alguma penalização, o Sr(a) aceita participar desta pesquisa?

SIM () ou NÃO ()

Campinas, ___/___/___

Apêndice 11

Narrativas das entrevistas com trabalhadores informais:

1 – J.M.S.

A caracterização social

J.M.S., 26 anos, masculino, solteiro, morador de bairro do distrito de Sousas, região Leste.

Mora com o irmão. Veio de Barreiros, em Pernambuco, com a família, em busca de tratamento e de trabalho.

Trabalhou em Pernambuco, como vigia em pousada, no período noturno. Em Pernambuco, trabalhou a maioria do tempo registrado.

Está há 8 meses em São Paulo; trabalhou na construção civil por cerca de 4 meses, em serviço de demolição com sede em Sousas, sem registro. Saiu do trabalho após um amigo ter alertado que a empresa não pagava os empregados como combinava. Lamenta que outros homens vindos de Pernambuco tenham a mesma boa fé e trabalhem em condições semelhantes a dele.

Trabalha atualmente como porteiro e vigia em empresa. Está aguardando para ser registrado, conforme foi combinado, mas ainda está sem registro. Faz turnos noturnos de 12 horas em duas noites seguidas e folga uma noite, retomando as duas noites novamente.

A dor que sente na coluna o impediu de trabalhar por dois dias, comprometendo a sua renda.

Não conhece outros trabalhadores com problemas de saúde.

A busca por atenção em saúde

Veio para Campinas em busca de cirurgia para vesícula. No hospital universitário da região Norte da cidade os exames foram marcados e sua cirurgia remarcada por três vezes (fevereiro, junho e setembro), sem conseguir realizá-la.

Após ter carregado muito peso no seu trabalho de demolição passou a sentir fortes dores na coluna, motivo da procura pela unidade de pronto-atendimento da região central. Refere ter esperado por mais de uma hora para ser atendido, o que o fez sentir-se muito humilhado, pois paga os impostos. Tomou injeção e melhorou, mas não resolveu. Precisou voltar por mais 4 vezes.

Teve um alívio momentâneo da dor, mas como não foi resolvida, toma remédio por conta própria, que compra na farmácia. Ficar muito tempo em pé ou deitado piora a dor.

Não procurou o Centro de Saúde de seu bairro para nenhum dos seus problemas de saúde, pois soube que demora muito para ser atendido ou para marcar a consulta, tem muita gente para ser atendida.

Teve um episódio de diarreia e procurou o pronto-atendimento.

Tem a expectativa de ser atendido com rapidez e resolutividade e compara o sistema de saúde de Campinas e São Paulo com o de Barreiros e Pernambuco. *“Querida chegar aqui e ser atendido logo. Aqui demora mais de 6 meses par ser chamado, mas resolve. Lá em Pernambuco é pior ainda. Parece que o pessoal tem medo de falar a verdade. Quando tem alto nível , peixe grande, lá dentro consegue, mas peixe pequeno sofre. Se vai pra Recife, ainda pode ser, mas em Barreiros, sofre.”*

2- M.C.S.N.

A caracterização social

M.C.S.N., 44 anos, sexo feminino, moradora de bairro da região do Ouro Verde, distrito Sudoeste.

Casada, ficou grávida seis vezes, teve um aborto.

Sempre trabalhou na informalidade, pois refere que “*não podia trabalhar com registro por causa de filho pequeno*”.

Trabalhava, anteriormente, retirando motor de geladeira para vender para ferro velho. A sua atividade principal é trabalhar com o marido com a atividade de serralheria, fazem portões e conserto de portões em residências. Além do casal, um dos filhos, o de 18 anos, também trabalha nessa atividade; todos sem registro formal como empregado ou autônomo. Faz faxina como bico, às vezes.

A sua atividade em serralheria é ajudar o marido a erguer os portões, pintar, lixar, furar.

A renda familiar não depende só dela; o marido e um dos filhos também se responsabilizam.

A busca por atenção em saúde

Após a segunda gravidez, há 24 anos, teve hipertensão arterial. Depois, melhorou. Durante a sexta gravidez, há 4 anos, voltou a apresentar hipertensão, além de desenvolver diabetes, necessitando ficar hospitalizada. Depois de um mês do parto, “*não tinha mais diabetes*”. Há 2 anos, passou mal e descobriu que estava hipertensa e diabética.

Fez pré-natal no Centro de Saúde do bairro, onde fazia exames. Foi encaminhada para o pré-natal de alto risco no serviço de referência, no centro da cidade. Já teve um aborto. Fazia o controle de sua pressão no CS e na unidade de referência para o pré-natal de alto risco, durante o pré-natal. Nessa época, fez exames do coração e soube que tinha o “*coração inchado*”.

O seu último filho nasceu com uma mancha e foi encaminhado para o Dr. “Fulano”, no ambulatório do hospital da região e a mancha diminuiu; foi bem atendida.

Após esse período da investigação cardiológica e do pré-natal, não retornou mais ao centro de saúde, pois considera “*uma loucura conseguir consulta no posto*”.

Apresentou dor de garganta, febre e tontura e foi ao PS do hospital da região por ser um serviço próximo da sua residência e por achar que os clínicos atendem bem.

A tontura atrapalha seu trabalho.

Seu marido apresenta dores nas costas que ela atribui ao peso dos instrumentos de trabalho, como a lixadeira, que é muito pesada, principalmente quando trabalha sozinho, sem ajuda dela ou do filho.

Acredita que deveria ter mais médico principalmente no posto, pois o tempo para se marcar uma consulta é de 6 meses. Ginecologista demora demais; acha um absurdo. Por isso, espera passar mal e vai ao pronto-socorro. Considera o pronto-socorro bom, mas queria que atendesse mais rápido. Uma vez esperou cerca de duas horas porque no momento houve uma emergência. Nas outras vezes, foi bem atendida.

Além do marido, também tem uma colega de faxina que tem dores nas costas.

3- M.A.S.

A caracterização social

M.A.S., feminino, 45 anos, moradora de bairro periférico na região Sudoeste da cidade. Veio de Alagoas.

Tem um filho de 5 anos, uma filha e um neto.

Trabalhou como auxiliar de produção, como ajudante de cozinha em restaurante e auxiliar de limpeza em condomínio, em empregos formais.

Há cinco anos trabalha como faxineira diarista, sem registro formal, em casas e apartamentos, de segunda a sexta-feira; não trabalha aos finais de semana.

Seu trabalho é sua única fonte de renda; sua filha também trabalha, porém o que ganha é para sustentar o filho pequeno. Tem que trabalhar doente para garantir seu rendimento.

Seu problema de saúde limita e, às vezes, impede seu trabalho; procura marcar suas consultas fora dos horários de faxina para não comprometer seu trabalho.

Trabalha sozinha nas suas faxinas. Não conhece outros trabalhadores informais com problemas de saúde.

A busca por atenção em saúde

Há seis meses apresenta um problema de estômago que chama de “um mistério”. Segundo ela, é mais que do estômago; quando passa nervoso, solta o intestino; começa com uma diarreia leve e vai aumentando. Acha que o nervoso pode estar relacionado ao seu problema de saúde, mas não tem certeza. Foi primeiro no posto do seu bairro e o clínico a encaminhou para o especialista no hospital da região. Foi ao pronto-socorro desse hospital em 30/11/11 com diarreia há 1 mês. Já fez outros exames e não deu nada; fez colonoscopia e vai ver resultado dia 03/01/12 no hospital.

Já esteve nos dois hospitais universitários e no hospital da região por outros motivos, para fazer exames de rotina, do seio, do útero. Fez Papanicolau no posto. Utiliza o pronto-socorro do hospital da região com frequência.

Queixa-se da demora no atendimento na emergência, que passa o dia no hospital e disse que houve ocasião de “*largar tudo no hospital*” e ir embora.

Também relata decepção com os médicos que não consideram o seu problema, mas acaba se conformando devido ao relativo resultado positivo de agora ter suas consultas marcadas, estar fazendo seu tratamento, ter um bom atendimento para o filho de 5 anos no centro de saúde e pegar os remédios.

“A gente se decepciona com o médico, ele fala “o que quer que eu faça por você”? A gente acaba se chateando, mas no final, acaba dando certo. Agora, pelo menos, tenho minhas consultas marcadas; estou fazendo o tratamento; com meu filho de 5 anos estou tendo atendimento bom no posto, os remédios; não tenho o que reclamar. É difícil quando cai na emergência.”

4 – M.L.F.

A caracterização social

M.L.F., 29 anos, masculino, morador de bairro periférico da região Sul da cidade, casado, 2 filhos, um de 6 anos e outro, menor de 1 ano.

Trabalhou com registro como segurança, depois como ajudante de motorista de serviço de comissaria de aeronave. Foi demitido após afastamento de um mês por um acidente de trabalho, para o qual a empresa se recusou a abrir Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Atualmente, trabalha fazendo bicos, sem registro, com transporte terceirizado para agência de carga.

Ele é o responsável pelo sustento da família; se não trabalha, não há outra fonte de renda.

A busca por atenção em saúde

Relata dor no joelho direito e no pé esquerdo, após dois traumas.

No seu trabalho anterior, como segurança, ficava 13 horas em pé o que causava muitas dores nas pernas.

Quando trabalhava como ajudante de caminhão na comissaria, tinha 5 minutos para atender à aeronave. Subia o baú na porta da aeronave, sem escada, em cima do caminhão. Quando deu pulo para descer do caminhão, sentiu um choque na perna direita com dor intensa (data provável: março de 2011).

Apresenta dor no joelho e está esperando para passar por especialista; a dor é constante, incomoda muito e o impede de pisar com conforto. *“É a dor no joelho e no pé que não consigo ficar parado. Dói muito, principalmente à noite. O joelho é o direito e o pé é o esquerdo, então não consigo apoiar nem em um nem no outro para aliviar a dor”.*

Foi atendido no PA da região Sul em outubro de 2011 com a queixa da dor no joelho e o clínico geral disse que poderia ser problema no ligamento do joelho. Foi encaminhado ao ortopedista do hospital municipal de referência para o distrito sul e a médica que o atendeu estava chorando, com problemas pessoais, e o atendeu mal, não viu o que ele tinha e prescreveu anti-inflamatório. Como a dor permaneceu, procurou novamente o PA e lá disseram que não iriam fazer nada e iriam encaminhá-lo para o CS mais próximo e agendar um exame, com urgência. O PA ficou com seu pedido e até agora não recebeu nada de agendamento.

Sofreu um acidente de carro e foi levado pelo Resgate ao pronto-socorro do hospital da região Sudoeste. Nesse acidente, fraturou o pé esquerdo e reclama que ainda não fez exames e não resolveu. Ficou três meses sem poder trabalhar, após essa fratura.

Queixa-se de muita dor, principalmente à noite, e não consegue apoiar em nenhuma das pernas para aliar a dor. Esse foi o motivo da sua ida ao pronto-socorro do hospital da região Sudoeste. A médica disse que não poderia mais ajudá-lo, pois lá é só urgência. E o encaminhou para o centro de saúde mais perto. Não usa o centro de saúde; procura o pronto-atendimento da região sul porque *“no posto tem que contar tudo primeiro para a enfermeira e se tiver médico, daí passa pelo médico, mas nunca tem.”*

Também reclama da demora nos agendamentos e da falta de médico e dentista no Centro de Saúde do bairro. Relata problema com o filho de 6 anos, que tem os dentes cariados e precisou pagar um outro dentista para fazer a restauração, pois no centro de saúde ou não há dentista ou o aparelho está quebrado. E também com o pré-natal da esposa, quando o Centro de Saúde ligou dois meses depois de o bebê já ter nascido, para avisar do agendamento do ultrassom.

Assumi o compromisso de falar com a coordenação do CS e do PA e o fiz em 28/02/2012. A coordenadora do CS ficou de ligar para ele e ver se ele está na lista de espera da ortopedia.

Não conhece outros trabalhadores informais com problemas de saúde, tampouco no mesmo local de trabalho.

5 – M.A.L.

A caracterização social

M.A.L., 46 anos, masculino, morador de bairro periférico da região Sul.

Trabalhou por cerca de 10 anos em cerâmica, abastecendo fornos de tijolos. Nesse período, teve registro como empregado.

Trabalhou em empresa metalúrgica em Hortolândia, por 2 anos e 6 meses, com um registro falso na sua carteira de trabalho. *“Trabalhei mais de 2 anos com um registro que era falso; o dono não recolhia a contribuição para o INSS”*. Quando soube disso, ficou desempregado. Depois disso, não conseguiu mais emprego, pois não passa no exame médico. *“Como empregado não consegue mais porque não passa no exame médico, não é”?*

Há 6 meses trabalha por conta própria, fazendo bicos, sem registro como autônomo, fazendo solda, no ramo da metalurgia. Trabalha sem local fixo, em casa, no quintal ou em empresas. *“Hoje eu vivo de bico, não tenho um lugar fixo”*.

É o único a trabalhar na casa, responsável pelo sustento. Seu problema de saúde limita e, às vezes, impede seu trabalho, mas *“aperta de um lado e vai levando, empurrando com a barriga”*.

Já procurou o INSS, na agência de Americana, por causa de seu problema na coluna, mas não conseguiu fazer a perícia.

Nos locais que trabalha conhece outros trabalhadores que também se queixam de dores em diferentes locais do corpo. Conhece uma mulher que trabalha com vendas, que teve hérnia de disco, já foi operada e está tentando aposentadoria pelo INSS, mesmo sem ter contribuído e acha que vai conseguir.

A busca por atenção em saúde

Há mais de 8 anos sente dores nas costas, na coluna. Alguns dias não consegue andar pela dor. Dorme apenas 3 ou 4 horas por noite por causa da dor. Ela começa do lado esquerdo, passa para o lado direito e desce pela perna, até os dedos do pé.

Buscou atendimento em vários serviços: Centros de Saúde da região Norte e Sul, pronto-atendimento do distrito Sul, pronto-socorro do Hospital Municipal, referência para a região Sul.

Denomina de posto ou postinho, os centros de saúde e de centro de saúde, o pronto-atendimento.

Refere ter sido muito mal atendido no centro de saúde (denominação da SMS), onde os médicos não fazem uma boa escuta e investigação, sequer ouvem ou perguntam o que ele tem, não olham para ele, assim que ele começa a falar já estão com a caneta na mão. É muito difícil marcar uma consulta, marcam para daqui a 6 meses; faltam médicos, está sempre cheio de gente. *“Quando eu vou no postinho eles nem olham direito na cara da gente; querem empurrar um remédio, sem saber o que eu tenho.”*

Foi uma vez ao pronto-socorro do hospital municipal, de madrugada, ficou sentado muito tempo à espera de atendimento. O médico que o atendeu disse que não era nada, prescreveu injeção, que ele se recusou a tomar sem saber qual era seu diagnóstico e foi embora. O médico disse, então, que era sua responsabilidade. Acha que esse hospital é o melhor hospital para crianças, que resolve, mas para adultos, não; e não é só sua opinião, mas de outras pessoas que conhece.

Foi ao pronto-atendimento do distrito Sul, em outubro de 2011, ficou o dia todo e tomou medicação. Voltou ao PA e a médica que o atendeu disse que poderia ser hérnia de disco e orientou que fosse ao centro de saúde para marcar consulta com um ortopedista. Ficou indignado, pois essa consulta seria dali a seis meses.

Fez uma tentativa de resolver sua situação junto ao INSS, e fez seu agendamento para fazer perícia no posto de atendimento do INSS em Americana, mas não conseguiu fazer a perícia, se desentendendo com as pessoas que o atenderam.

6- Narrativa – M.N.B.C.

A caracterização social

M.N.B.C., 48 anos, sexo feminino, moradora de bairro periférico em distrito da região Norte da cidade. É casada e tem dois filhos, um de 17 anos e outro de 12.

Mora com o esposo e os dois filhos em casa de 5 cômodos (2 quartos), de alvenaria, dentro do terreno da madeireira onde o marido trabalha. Tem água encanada de rede pública. Não tem asfalto. O caixote que armazena o pó da madeireira fica ao lado da casa e entra muita poeira da madeira.

O marido trabalha como chefe de produção e ganha R\$ 900,00 e cesta básica do tipo mini (5Kg arroz, 2Kg de farinha, 2Kg feijão, 2L óleo). Os filhos não trabalham. O mais velho trabalhou por um ano, mas nesse período, perdeu um ano na escola, motivo pelo qual os pais decidiram que ele não continuaria a trabalhar e só estudaria. O segundo filho estuda em período integral.

Nasceu na Bahia; foi adotada por uma família e se mudaram para o Pará. *“Meu marido veio primeiro e depois de 4 meses eu vim com meu filho.”* Veio para Campinas há 12 anos, por motivo do trabalho do marido. Parte de sua família permanece no Pará. Um irmão adotivo mora no mesmo distrito que ela e outro irmão mora em outro distrito na região leste.

Estudou até o ensino médio; fez magistério, no Pará, mas não obteve seu diploma, pois a escola não era reconhecida pelo MEC. Está tentando regularizar seu diploma realizando uma prova por meio eletrônico que permite a validação do curso. Gosta da sua profissão, mas nunca a exerceu.

Trabalhou fazendo limpeza no escritório da madeireira e na casa dos proprietários. Trabalhou como lavadeira. Trabalhou por um ano como empregada doméstica, com registro.

Depois, passou a fazer serviços gerais em uma ONG, no distrito de residência. Lá, sofreu um acidente de trabalho que a impossibilitou de continuar trabalhando. Não era registrada. *“Eu não era registrada e não tinha como eles abrirem uma CAT”.*

No CEREST foi feita a abertura de CAT e o encaminhamento ao INSS. A ONG a registrou em julho de 2003. Porém, o INSS disse que ela não teria direito a benefício decorrente do acidente, pois o mesmo ocorrera em período em que ela estava sem registro. A perícia do INSS em 2009 determinou o retorno ao trabalho, mas o juiz anulou a perícia.

No processo judicial o laudo foi favorável ao nexó entre a lesão e o trabalho. Porém, acredita que a juíza não foi imparcial, pois recebeu a representante da ONG em sua sala antes dela e menosprezou seu problema ao dizer que ela tinha uma “lesãozinha”. *“Uma lesão é uma lesão. São dez anos que eu estou assim. Eu não consigo passar em nenhum exame médico para trabalhar em outro lugar”*. Por orientação da sua advogada, foi feito um acordo de indenização de R\$ 7.000,00, pagos R\$ 500,00 por mês, que já acabaram. Não tem mais nada desse dinheiro, que serviu para custear despesas cotidianas. Nesse dia do acordo, foi feita sua demissão. Queria voltar ao trabalho, não queria o acordo.

Trabalha atualmente vendendo produtos de beleza e utilidades domésticas; não sabe o quanto ganha, pois seu ganho é muito irregular. Acha que é suficiente apenas para pagar as passagens de ônibus que utiliza para seu tratamento e não dá para comprar os remédios que não tem no SUS, que custam cerca de R\$ 160,00. *“A gente descobre um santo para cobrir o outro. Às vezes eu tenho que pagar juros, porque as pessoas não me pagam os produtos. Às vezes não sobra nada. Faz uns dois anos que não sei o que é sobrar algum dinheiro. Algumas vezes outras pacientes me ajudam com a passagem do ônibus. É muito duro!”*

Atua como catequista em uma igreja católica em seu bairro, da qual recebe doações de roupas, o que ajuda no sustento da família. *“Quando a gente não ganha alguma coisa, como material escolar, eu vou no bazar da igreja. Eu dou catequese lá. Eles me ajudam com roupa.”*

“Meu sonho é voltar a trabalhar.”

A busca por atenção em saúde

Sofreu um acidente de trabalho em janeiro de 2003, quando foi segurar um armário de aço que ia cair sobre um computador. Escorou esse armário com a mão direita o que ocasionou lesões na mão, punho e antebraço. Sentiu dores no final do dia e não tinha força na mão. Nesse dia, foi à farmácia e no dia seguinte, foi ao pronto-socorro do hospital universitário da região norte, onde recebeu atestado por 2 dias de afastamento. Continuou trabalhando, dia sim, dia não.

É usuária do CS da região de residência (Distrito Norte), que a encaminhou para a Saúde do Trabalhador; no CEREST foi aberta a CAT. No CS faz o controle da hipertensão (há 4 anos), da obesidade, do diabetes e da enxaqueca. Foi acompanhada por nutricionista do CS e chegou a perder 8 Kg, na época, mas agora engordou novamente.

Depois do acidente engordou muito e teve depressão. *“Meus exames deram açúcar no sangue. Eu engordei muito. A minha ansiedade eu descontava na comida. Eu pesava 48 Kg e cheguei a pesar 89 kg.”*

Foi à especialista no ambulatório do hospital universitário da região Norte (ortopedia) e em policlínica municipal (reumatologia), os quais diagnosticaram tendinite crônica (LER). Não conseguiu realizar a eletroneuromiografia pelo SUS e precisou pagar para fazer o exame, que era parte de seu processo judicial.

Fez infiltrações no joelho em serviço de saúde particular.

Teve também infecção no dente e precisou fazer tratamento de canal, no serviço de odontologia do hospital universitário. Fez uma ressonância magnética com contraste e refere ter perdido sangue e contraído uma infecção, que causou flebite. Foi ao outro hospital universitário, na região noroeste; ficou um dia inteiro para fazer exame de sangue, com dor e descamação na perna. Uma amiga lhe

indicou uma médica cirurgiã vascular, que a atendeu e a operou (safena) sem cobrar. Chama essa médica de “um anjo”.

Quebrou o pé em uma queda na calçada há 2 anos (15/10/2010) e usou gesso por 4 meses.

Apresenta artrose nos dois joelhos, bursite, hérnia de disco.

Frequenta o Centro de Referência em Reabilitação desde que abriu (cerca de nove anos) e utiliza todos os seus recursos; atualmente, vai 1 vez por semana e faz craniopuntura, fisioterapia, acompanhamento com nutricionista e ortopedista. Chegou sem movimentos nas mãos. *“Quando eu consegui escovar os dentes, foi um milagre!”*

Também faz massagens gratuitas, 2 vezes por semana, com uma cama de massagem, em um serviço da empresa fabricante da cama, no centro de Campinas. *“Uma amiga me falou e disse que era muito bom. Eu tomei coragem e fui procurar.”*

Foi indicado que fizesse hidroginástica, mas não consegue pagar.

Sua limitação é visível e refere que não consegue cortar uma carne, um tempero. O marido é que tem que fazer. Ela prepara o tempero no liquidificador, mas não gosta. Chegou a ficar em cadeira de rodas; hoje utiliza muleta. Gosta de cozinhar, sempre foi muito ativa e não conseguir cuidar da sua casa a deixa triste, humilhada.

*“Você não sabe o que é depender dos outros para fazer suas coisas, limpar a casa, sua higiene. É terrível, é humilhante! Eu adoro cozinhar e não posso mais”.
“Eu melhorei muito aqui; não deixo de vir aqui no centro de reabilitação”.*

“Eu não conseguia segurar um lápis.” “Eu não conseguia escovar os dentes; meu marido tinha que cortar o bife para mim, pentear meu cabelo. Isso é muito duro!”

7 - Narrativa – A.M.L.

A caracterização social

A.M.L., 48 anos, sexo feminino, casada. Veio de São Paulo para Campinas na década de 80 quando se casou, pois seu esposo já morava em Campinas. Não tem filhos. Foi mais difícil arrumar trabalho em Campinas do que em São Paulo.

Mora com o esposo em casa própria, de 5 cômodos, com água e esgoto da rede pública, com asfalto, em bairro da região Sul da cidade, na saída para Valinhos.

O esposo é servente de pedreiro e trabalha como autônomo, com contribuição previdenciária. Quando trabalha todos os dias do mês, chega a ganhar R\$1.000,00.

Em São Paulo trabalhava com Auxiliar de Cirurgião Dentista, mas não conseguiu continuar nesse mesmo tipo de trabalho em Campinas e foi trabalhar em fábrica de palitos de sorvete, como operadora de máquinas, onde ficou por três anos. Era registrada.

Trabalhou por três anos (2000 a 2002), registrada, em empresa terceirizada de limpeza, em uma clínica médica. Foi afastada do trabalho por LER/DORT de 2002 a 2007. A empresa de limpeza fechou. Passou por reabilitação do INSS na escola profissionalizante municipal, fazendo um curso de auxiliar de departamento de pessoal, mas não conseguiu trabalhar nesse ramo, pois, apesar de ter aprendido várias coisas que julga úteis, viu que seu perfil não era para essa área. Teve alta do INSS em 2007, após fazer a reabilitação.

Desde 2004 produz artesanatos, porém, apenas a partir de 2006 passou a encarar essa atividade como um trabalho que pudesse gerar renda. *“Passei a olhar como motivação de renda”*. Ganha cerca de 1 salário mínimo por mês. Em épocas de festas o rendimento aumenta. Vende seus produtos para sua rede de

relacionamentos e em algumas lojas. Precisa fazer pausas na produção dos artesanatos por causa de sua lesão, por isso sua produtividade não é alta e seu rendimento oscila. Atualmente o marido também está trabalhando por sua conta.

Trabalhou até dezembro de 2011 sem vínculo previdenciário porque o que ganhava não era suficiente para isso; a partir de janeiro de 2012 (4 meses) passou a contribuir como dona de casa, contribuinte individual.

“Só não comecei a contribuir antes porque o dinheiro não dava; minhas vendas não eram tão significativas; meu marido falou que agora dá para pagar a previdência”.

Ela e marido dividem as responsabilidades financeiras. O marido também ajuda na produção de artesanatos. *“A gente não passa fome, mas faz das tripas coração.”* Sugeriu que o marido também fizesse artesanato com ela, mas ele não concordou porque isso não é serviço de homem.

Fez curso de empreendedor no SEBRAE e está cursando o ensino médio na rede pública, em escola do bairro anterior que morou, no distrito Leste, ao norte da cidade, próximo à rodovia Dom Pedro. O estudo a motiva bastante. *“Agora eu acho que posso aprender mais”.*

A busca por atenção em saúde

É hipertensa desde os 18 anos, quando teve a primeira gravidez. Teve cinco gravidezes, sendo 2 abortos e 3 natimortos, todos por hipertensão. Ao falar desse assunto, diz que hoje agradece por não ter filhos, por ser muito difícil criar e educar filhos diante dos perigos da vida moderna.

Em 1990 desenvolveu uma trombose após uma fratura no pé. Esteve internada no hospital universitário da região noroeste e faz tratamento até hoje; fez consulta com médico particular, também. Piorou recentemente e está aguardando uma

consulta com o cirurgião vascular. Um dos medicamentos que foi prescrito no hospital era muito caro e não pôde comprar.

Em 2002, quando trabalhava com limpeza, apresentou dores no ombro direito. Procurou o CEREST por indicação da prima. Foi diagnosticada LER/DORT. Ficou afastada do trabalho por 5 anos. Foi uma surpresa para ela que achava que teria um afastamento curto, de 15 dias. *“Eu achava que ia ficar um tempo e voltar logo a trabalhar. Eu tomei um susto quando vi que não ia voltar logo para o trabalho”.* *“Eu tinha que limpar tudo; todo dia o mesmo movimento, todo dia o mesmo movimento, eu acabei desenvolvendo a LER”.* Depois dos 15 dias voltou a trabalhar sem saber que não deveria. Seu afastamento foi maior. Tanto tempo em casa, sem atividade, não foi bom e começou a entristecer. *“Para mim não foi bom ficar em casa o dia inteiro sem fazer nada. Comecei a ter uma tristeza...tive depressão. Eu fiquei um bom tempo em casa. Até hoje não consigo ficar deitada, embora eu precise ficar por causa das pernas, sem fazer nada. Não consigo. Isso é o pior. Até hoje eu não consigo ficar sem uma atividade.”*

No CEREST fez consultas médicas, Lian Gong, oficinas de terapia ocupacional, grupos e isso a ajudou a ficar menos pensativa, a sair da depressão em que estava. Participou de uma oficina que se chamava “retorno ao trabalho” e esse nome deu a ela a impressão de que retornaria ao seu emprego anterior, mas não era isso. Nele, ela aprendeu a realizar outros tipos de trabalho que não fossem os mesmos que desencadearam sua doença e a realizá-lo de forma a evitar ou diminuir os danos em seu corpo. *“As oficinas me fizeram enxergar que é possível trabalhar ... conheci pessoas”.* *“Vejo que a dor vai piorando; não faço o mesmo que fazia antes; eu não estou trabalhando como eu trabalhava, eu não aguento mais de dor no braço; não consigo carregar uma sacola na mão.”*

Teve seu tratamento transferido do CEREST para o Centro de Saúde do seu bairro na região Sul, em 2005; continua participando de algumas atividades e

mantém seu vínculo com o serviço pela afetividade que desenvolveu com os profissionais e com outros usuários, com quem mantém contato.

Passou a frequentar o CS do distrito Sul para obter os relatórios que deveria levar ao perito do INSS, mas não gostou do atendimento que recebeu, porque o médico perguntava a ela o que ele deveria escrever. Ela diz que *“no CEREST os médicos são especializados e sabem muito; no posto eles têm uma leve ideia do que seja o assunto”*. Parou de ir a esse CS por falta de profissionais para atender e, em 2008, pediu sua transferência para o CS do seu antigo bairro de residência, no distrito Leste, e refere que até agora seu prontuário não chegou do CS do distrito Sul.

Retomou seu acompanhamento médico nesse CS do distrito Leste, onde também recebe as medicações de que precisa, mas nem sempre tem a medicação no CS. Além da LER/DORT, da hipertensão e do problema circulatório, apresenta artrose na coluna. Acha que está piorando das dores e que tem diminuição de força na mão.

Quando tem crises de dor no braço e na coluna vai ao pronto-socorro do hospital universitário da região Norte. Já chegou a passar o dia inteiro lá, mas acha que foi necessário.

No CS as consultas não são demoradas. Os exames de imagem (ultrassom, mamografia, raio X) demoram. Acha que deveria ser mais ágil, principalmente se há uma campanha divulgada, como a de prevenção de câncer, a mamografia precisa estar disponível. *“Estou esperando há quatro meses pelo ultrassom”*.

Acha que tem recebido um bom atendimento pelo SUS, mas gostaria de mais respeito em locais que realizam exames, com vestimenta mais adequada (está se referindo ao uso da camisola aberta atrás e curta, em salas de espera com vários pacientes), pois é muito constrangedor expor o corpo assim. *“Deveria ter mais*

privacidade para realizar exames; você fica constrangida de ficar na frente de outras pessoas com aquela camisola aberta e curta”.

E valoriza ter encontrado, por meio do CEREST, *“uma saída para a vida”.*

8- Narrativa – H.F.S

A caracterização social

H.F.S, 22 anos, masculino, solteiro.

Mora com os pais e dois irmãos em casa própria de cinco cômodos, em rua sem asfalto, com rede de água e esgoto, em bairro periférico da região Sul da cidade. A casa era do avô e passou para seu pai; agora, será dos filhos.

É o filho mais velho.

Trabalhou por dois anos em Call Center, com registro. *“Comecei a trabalhar como ajudante e hoje eu ganho bem melhor do que como ajudante”.* Estudava e trabalhava, mas ganhava um salário mínimo. Há três anos trabalha como marceneiro com o tio e os primos. Começou como ajudante na marcenaria; fez uns cursos. *“Comecei a tomar gosto e agora trabalho como marceneiro”.* Mudou de atividade, pois como marceneiro poderia ganhar mais, o que vem acontecendo. Sua renda mensal está em torno de R\$1.300,00. Trabalha sem registro, pois a marcenaria é do tio, que não tem condições de registrá-lo. Por insistência do tio, recentemente (há 4 meses), passou a fazer sua contribuição individual ao INSS para sua segurança, porém sem registro de empregado. *“Na empresa eles não registram, mas agora eu pago a previdência como autônomo, porque meu tio insistiu muito. Eu não vi diferença até agora!”.*

Ele e o pai são responsáveis pelo sustento da família. A renda familiar é de R\$3.000,00 por mês. Os irmãos são menores de idade e estudam; não trabalham.

A mãe trabalhava como empregada doméstica, sem registro e precisou parar de trabalhar há um ano por frequentes crises de cólicas renais.

Sua renda vem dos móveis que faz, sem salário fixo. *“Lá na empresa não tenho salário fixo. Se não trabalhar não ganho”*. Quando não trabalha não ganha. *“O que a gente faz a gente ganha. Eu me virava com o que tinha guardado”*. Portanto, quando precisa se afastar para cuidar da sua saúde, deixa de ganhar. Conta com o pai para ajudar nas suas necessidades. Uma tia ajuda nas coisas da limpeza da casa e na alimentação quando a mãe tem crises de dor. Não precisaram de ajuda financeira.

A busca por atenção em saúde

Aos dezoito anos, no exame médico do exército, soube que tinha sopro no coração. O quartel o encaminhou ao Centro de Saúde do seu bairro, que fez ECG e o encaminhou ao hospital universitário da região norte; lá fez outros exames e disseram que era bem leve e que não era preciso fazer acompanhamento em serviço de saúde. Como não apresentava nenhum sintoma, não deu valor a esse problema. Conta que seus irmãos também têm sopro cardíaco.

Há uma semana começou a apresentar falta de ar, dificuldade para respirar e foi ao CS do bairro, pois achou que pudesse ser relacionado ao coração. Como não havia médico, foi orientado a procurar o pronto-socorro do hospital municipal. *“Não adiantou eu ir no posto porque não tinha médico e eles me mandaram para cá. Disseram que podia ser do sopro, mas que eles não tinham eletrocardiograma para fazer e que precisava passar pelo médico.”*

Fizemos a entrevista e ele continuou aguardando. Após três horas, ainda esperava por atendimento.

Ao ser perguntado sobre seu ambiente de trabalho, reflete que a dificuldade respiratória pode estar relacionada à exposição à poeira da madeira, à cola, ao solvente e ao verniz. Diz que tem pouca ventilação e que é muito difícil usar a

máscara, que é muito quente e incômoda. *“Eu posso estar pensando que essa falta de ar é do coração, mas pode ser da poeira, da cola, do solvente que eu respiro. A gente não usa máscara. No calor ninguém consegue ficar com aquela máscara. E tem pouca ventilação.”* Não houve diferença dos riscos a que foi exposto antes ou depois de passar a fazer sua contribuição previdenciária.

Relatou a ocorrência de hérnia inguinal após trauma. Procurou o hospital municipal e não precisou fazer cirurgia, mas teve que ficar em repouso e afastado do trabalho por duas semanas; nesse período, ficou sem ganhar.

A mãe fez litotripsia e faz acompanhamento no hospital municipal da região Sul. Chega a ter uma crise por semana. Não vai ao CS. *“Sempre que vai ao médico está com dor e precisa tomar soro. Se não chegar de manhãzinha no posto, não consegue ser atendida”.*

Em episódios anteriores ao de hoje, com resfriado e dor de garganta, procurou o pronto-socorro do hospital municipal, o pronto-atendimento o centro e o CS do bairro, mas que quando precisa de Raio X não dá pra ir no CS. Consegue os medicamentos no CS. Parte dos medicamentos de que a mãe necessita, recebem no CS e parte, eles compram. Acha que não tem apoio da parte da Saúde. Espera que haja mais suporte no CS como atendimento de clínico geral, Raio X, ECG, ambulância, exames, dentista. Não conseguiu ser atendido por dentista no CS, mesmo com dor. Passou a pagar um plano odontológico e pensa em ter um plano de saúde. *“Eu não consegui ser atendido pelo dentista no posto mesmo com dor. Foi a partir daí que eu passei a pagar o plano de odontologia. Se o dinheiro desse eu pagaria um plano de saúde também, mas não dá.”*

9 - Narrativa – A.S.S.

A caracterização social

A.S.S., sexo feminino, 46 anos, divorciada.

Mora sozinha, em casa própria de cinco cômodos; a mãe e um sobrinho moram na casa do fundo do terreno, em bairro periférico da região Norte da cidade. Há asfalto, rede de água e esgoto.

A mulher de seu irmão, foi morar no Nordeste com o novo companheiro, levou a filha e deixou o filho, com 05 anos na época, sem avisar a ninguém. Seu irmão foi assassinado há 10 anos e sua mãe passou a ter a guarda do neto, hoje com 16 anos. Esse sobrinho estuda e trabalha em lanchonete em Shopping Center e recebe um salário mínimo; nunca mais teve notícias da mãe e da irmã. Acha que o estudo está em primeiro lugar, mas precisa trabalhar para poder comprar as coisas que precisa.

O pai teve o segundo AVC dois meses depois do assassinato do filho; ficou um ano e meio sem andar, dependendo de cuidados básicos dados por ela; faleceu há 08 anos, por doença cardiovascular. A mãe tem problemas de coluna; recebe dois salários mínimos por sua aposentadoria e a pensão do marido.

A.S.S. é costureira, trabalha em casa e ganha cerca de R\$ 400,00 por mês. *“Eu me viro com minhas costurinhas; tem mês que dá mais, mês que dá menos, que não dá para pagar as contas...”* Os consertos não rendem muito. Todos contribuem com as despesas da família. Ela divide seu tempo entre os cuidados das duas casas, da mãe, seu trabalho como costureira e o estudo. *“Trabalho nos meus limites da minha saúde e dos problemas de saúde da minha mãe”.* *“O trabalho por conta própria foi a alternativa para poder fazer o meu tempo. A costura é um serviço variado: eu corto, eu costuro, não faço sempre a mesma coisa como em uma tecelagem.”*

Trabalhou registrada em empresa de produção de cestas, na esteira de produção de 2000 a 2010, sendo que por cinco anos (2003 a 2008) foi afastada por LER. Passou por reabilitação do INSS, retornou em 2008. *“Quando retornei, mudaram a*

função, eu punha uma bolinha no pulso.” Depois que acabou a estabilidade, foi demitida em 2010. Passou por três perícias do INSS que negaram seu benefício pela doença relacionada ao trabalho. Tem uma ação judicial em andamento contra a empresa pela demissão. Espera terminar a ação judicial para depois passar a fazer sua contribuição com o INSS. “Eu preciso esperar terminar a ação judicial para depois passar a recolher a contribuição do INNS; enquanto a ação estiver em andamento, não posso contribuir. E isso não termina!”

Seu sonho era ser costureira. *“Era um sonho aprender costurar”.* Fez um curso de corte e costura em 1995 e 1996. *“A gente morava na roça e eu fiz o ensino primário; para continuar, era só na cidade. Depois de 28 anos que eu voltei a estudar.”* Concluiu o ensino médio em curso supletivo (EJA) em escola pública. Atualmente, faz curso técnico de informática duas vezes por semana, como forma de conseguir algum outro tipo de trabalho, caso não possa continuar com a costura. *“A gente morava na roça e só estudei até a quarta série. Voltei a estudar no supletivo depois de 28 anos parada”.*

A busca por atenção em saúde

Desenvolveu tendinite por esforço repetitivo (LER) que comprometeu todos os seguimentos do membro superior direito: ombro, braço, antebraço, pulso e mão. *“A coisa caía da minha mão e eu não percebia”.* O médico da empresa não queria afastar. O ortopedista do convênio diagnosticou tendinite. Ela passou a pagar convênio para poder ir depois do horário de trabalho, pois não podia ir ao SUS no horário de trabalho. Uma amiga indicou que procurasse o CEREST, em 2003, quando teve seu primeiro afastamento. Passou a utilizar esse serviço para consultas médicas, de enfermagem, TO, assistente social, fisioterapeuta. Participou de oficinas, de seções de alongamento e aprendeu a se cuidar, a identificar e respeitar seus limites. *“Aqui eu aprendi bastante coisa, a me cuidar, a ter meus limites; no Lian Cong; a tomar remédio só quando for dor forte; se eu estiver costurando e sentir dor, é sinal que é para eu parar.”* *“A gente tem que*

aprender que se eu sentir dor é porque está na hora de parar. Se você toma remédio, passa a dor rápido, mas você vai forçando e vai piorando. Eu aprendi a parar quando tenho dor. Aprendi a trabalhar de outro jeito”.

Também tem hipotireoidismo e faz tratamento com um médico no CS do bairro, a quem se refere com muito carinho e admiração. Ele também é o médico de sua mãe. *“Eu cuido no SUS, no posto do meu bairro. Quem cuida mim é um médico que é um amor; e ele tem amor na profissão.”* Não sabe se suas vacinas estão em dia. Ela, a mãe e o sobrinho usam o CS, tem vínculo com o médico e com a equipe; refere que sempre teve seu prontuário no C.S. *“Eu sempre tive prontuário no SUS, no posto. Tem especialista que demora muito; demora, mas vem. No ano passado precisei passar no ginecologista e ele pediu alguns exames. A mamografia demorou uns 6 meses, mas os outros foram rápido”.* No entanto, queixa-se da demora para conseguir atendimento e exames especializados, como oftalmologia (1 ano), ultrassonografia e mamografia (6 meses). *“Demora, mas vem!”.* Para a mãe, a demora foi para cardiologista, ECG, ecocardiograma, sendo esse último, um pouco mais rápido. A mãe também faz acupuntura pelo convênio médico. Acaba fazendo alguns exames pelo convênio pela agilidade. *“Minha mãe fez convênio para fazer os exames mais rápido, mas o médico do posto olha tudo, ele é que organiza as coisas da minha mãe”.*

O horário do dia não interfere na sua escolha do tipo de serviço que procura.

Também usa o pronto-atendimento do bairro há anos; desde quando tinha crises de dor quando estava empregada e até hoje, pelo acolhimento, pois eles a conhecem. *“Quando eu estou com dor, que eu travo, eu vou no acolhimento do posto porque eles já me conhecem, já tem minha pasta mas se não tem o acolhimento eu vou no pronto-socorro. No pronto-socorro eles falam que é para coisa pior, para quem está passando mal mesmo”.*

O sobrinho usa o pronto-atendimento e o CS para acompanhamento de acne.

Acha que o SUS tem servido bem para sua família, apesar de ouvir de outras pessoas que não tem medicamentos. *“Para minha pessoa e minha família tem sido bom, tem me servido. Mas tem pessoas que não encontram os medicamentos de que precisam. O nosso posto está para ser inaugurado, mas nunca termina, ficou uma confusão. O atendimento está repartido. O prédio novo está todo bonito, mas não inaugura nunca”*. Lamenta a demora na inauguração do prédio novo do CS, que hoje funciona com parte da equipe na igreja e parte no outro CS vizinho. *“Ficou uma confusão; pessoas idosas não conseguem ir ao outro CS. Faz tempo. O prédio novo está todo bonito, mas não inaugura!”*.

Desde 2002 solicitaram cadeira de rodas para o pai; conta que a mãe recebeu um telefonema do centro de reabilitação dizendo que a cadeira de rodas que o pai que precisava estava disponível, mas ele havia falecido.

“Meu pai dependia de cadeira de rodas; nós pedimos. Quando eles ligaram dizendo que a cadeira de rodas saiu, e ele já tinha falecido. Fazer o quê?!”

10 -- Narrativa – I.S.S.

A caracterização social

I.S.S, 60 anos, sexo feminino. Há 17 anos, o pai faleceu; em seguida, separou-se do marido que era etilista. Em seguida, a sua mãe foi morar com ela. A mãe faleceu há 10 meses.

Atualmente, mora sozinha em casa própria, de quatro cômodos, com água e esgoto de rede pública e asfalto, em bairro periférico da região Sudoeste.

Tem um filho de 21 anos e um neto de 1 ano e meio. Ficou feliz ao falar do neto, mudando sua expressão. *“Ele é muito lindo!”*

Trabalhou com registro em metalúrgica, nas esteiras das linhas de produção de aparelhos eletrônicos, com solda e cola de peças. Apresentou lesão nos membros superiores. Foi demitida em 1995, quando apresentava rompimento parcial de tendões dos ombros.

De 2000 a 2003 trabalhou em hipermercado, registrada, como costureira fazendo ajustes em peças de roupas. Sua lesão não influenciou na sua contratação e nem na demissão.

A partir daí ficou afastada por auxílio doença. De 2008 em diante, ficou sem vínculo nenhum e sobrevive apenas de seu trabalho.

Há três anos trabalha sem registro como costureira em casa, fazendo pequenas reformas, quase todos os dias; como manicure, esporadicamente; e fazendo limpeza em uma clínica odontológica, em duas manhãs na semana. Essa última atividade exige maior esforço pela repetição de movimentos e há maior exigência de força. Já fez faxina em residências, mas era muito pesada e deixou de fazer, pois “*travava*”.

Compara a sua produtividade com o passar do tempo: fazia dez barras de calças por dia e hoje faz três; bordava três ou quatro toalhas por dia e hoje borda uma ou duas; fazia dez unhas por dia e hoje faz três. Não consegue realizar as atividades por mais de duas horas seguidas.

Sua limitação a impede de ser aprovada em exame admissional: “*empresa nenhuma me pega*”.

Sua renda mensal não chega a um salário mínimo. “*Tem meses, como final de ano, que a gente se sai bem. Mas eu não consigo ficar na máquina de costura mais de duas horas*”. Recebe ajuda de sobrinhos e amigos, quando precisa. “*Tenho sobrinhos que são como filhos*”. “*É difícil falar isso, mas eu vivo de favores de amigos e família. Já cheguei a ficar sem um grão de arroz para comer, não ter condição de comprar um leite*”.

Às vezes, não tem dinheiro para a passagem de ônibus para ir aos locais de tratamento e para comprar os medicamentos que o SUS não fornece.

Há um processo judicial em andamento há 16 anos e que está em segunda instância; o INSS recorreu alegando que a limitação para o trabalho é temporária. *“Eu tenho 26 anos de contribuição com o INSS e não consigo resolver minha situação”*.

A busca por atenção em saúde

Apresenta dor nos ombros há quase 20 anos, formigamento e perda da força nas duas mãos, com maior intensidade na mão direita. Ficou com limitação para lavar louça e até para assinar. *“Eu sentia um formigamento e perdi a força nas mãos; já estive impossibilitada de assinar. Eu não conseguia lavar uma louça”*.

Na época da metalúrgica ia ao médico do convênio e recebia analgésico. Procurava o médico quando não conseguia manter o ritmo da produção, pois precisava explicar o porquê da queda do seu rendimento. *“Quando você não consegue produzir você tem que dar uma explicação. Aí você tem que procurar um médico”*.

Em 1995 procurou o serviço de referência de saúde do trabalhador por indicação de uma amiga; apresentava rompimento parcial dos tendões do ombro direito. Refere que, atualmente, o rompimento é total.

Há oito anos utiliza o serviço de ortopedia do hospital municipal, com três especialistas diferentes: ombro, punho e joelho. Relata que o serviço tem muitas limitações: excesso de pessoas, consultas demoram; a cada três ou quatro meses passa por lá. Apresenta artrose grau 2, que não tem cura, só medicação. Chegou a andar de bengala. *“Já cheguei a paralisar e andar de bengala”*. Agora, a dor é mais frequente em punho e mão. Não conseguiu vaga para a cirurgia de túnel do carpo; há quatro anos espera pela cirurgia que vai diminuir o formigamento. Chegou a ir para internação por três vezes e não tinha vaga. *“Até vim pra ser*

internada, mas não existe essa vaga; existe só um centro cirúrgico para várias especialidades. Tenho tudo protocolado, xerocado, o dia, a hora.”

Há dois anos teve depressão, perdeu a vontade de viver. *“A gente perde a vontade de viver”*. A mãe tinha Alzheimer e faleceu há dez meses; *“minha mãe durou 1 ano”*. Depois disso usou homeopatia, prescrita por médica de uma Policlínica. *“Eu tive depressão. A gente perde a vontade de viver. Eu tive uma fase muito difícil. Piorou quando minha mãe faleceu. Tive ajuda de medicação de homeopatia”*. *“Quando eu tive depressão eu tinha sede e não saía do sofá para tomar água”*.

Diz que utiliza o posto do bairro para tudo. Quando tem crises de dor, procura a Dra. *“Fulana”*, *“tem uma médica maravilhosa que é um anjo na nossa vida; ela não mede esforço”*. *“Lá é meu pronto-socorro, eu procuro para tudo”*. Apresentou dor de estômago e episódios de diarreia por 60 dias e não conseguiu terminar os exames de investigação *“porque não tem vaga, os aparelhos estão quebrados”*; aguarda a colonoscopia há oito meses. *“Eu espero por eletromiografia desde agosto do ano passado”*

Não gosta de procurar médico. Só procura os serviços de saúde quando está bem difícil.

Apresenta hérnia abdominal e não pode realizar a cirurgia de redução, pois tinha que cuidar da mãe; está na fila da cirurgia do CS.

Fez terapia ocupacional no hospital universitário da região Noroeste, encaminhada pelo PS de ortopedia de lá mesmo. Teve alta após quatro meses. Também fez fisioterapia e TO no hospital da região Sudoeste encaminhada pelo hospital municipal da região Sul, que também indicou hidroginástica. Achou que a TO do serviço da região sudoeste foi fraca, não foi interessante. Faz hidroginástica no SESC.

No serviço de referência de saúde do trabalhador já utilizou consultas médicas e fez grupos de Lian Gong; também utiliza o serviço social. Diz que ama o serviço de referência de saúde do trabalhador pelo interesse que os profissionais demonstram. *“Eu amo esse lugar aqui; os profissionais são muito interessados em resolver os problemas da gente”.*

Diz que o atendimento de seus direitos é muito precário. Menciona a lentidão da justiça em resolver o processo judicial; e também o caos da saúde pela falta de recursos, de medicamentos, especialmente aqueles indicados pelo ortopedista, que são caros e não pode comprar, portanto não utiliza.

“Eu fujo de medicação o máximo que eu posso. Eu uso pomada, creme”. “Quando tenho dor muito profunda e vou na consulta com o ortopedista, eles passam medicação, mas eu tenho deixado de comprar. Tem que deixar, porque um medicamento que custa quase cem reais é um absurdo; não dá para comprar. São medicações que não tem no SUS.”

“São pequenas coisas que podem ter solução, desde que tenha uma atenção. O SUS está precário. Há quatro anos eu espero por uma cirurgia de túnel do carpo, para diminuir o formigamento, mas não existe vaga. Já cheguei para internar por três vezes e não consegui internar porque não tinha vaga. Tenho tudo protocolado, xerocado, o dia, a hora. Se for depender da vontade do SUS, não consegue”.

Fala que os médicos não conhecem a realidade das pessoas e dizem que *“a senhora tem que se virar e passar por cima da dor”.*

Acredita e trabalha com a mente que tem um poder muito grande. Tem muita fé e recorre a Deus para se fortalecer.

“Eu me apego muito em Deus e recorro a Deus para me fortalecer. Digo assim: Deus, essas são as únicas mãos que eu tenho. Minhas mãos estão vazias. Manda

do céu a tua ajuda. É quando às vezes surge ajuda e o trabalho. Eu preciso trabalhar”.

Faz muito esforço, tem muita força de vontade para superar as dificuldades e limites. Diz que não pode depender a vontade do SUS. E que ajuda as pessoas que também precisam, da forma que pode. *“Eu tenho amigas que passam fome.”*

“O SUS em si é um fracasso total”.

11 - Narrativa – A.E.P.F.

A caracterização social

A.E.P.F., 59 anos, masculino, morador de bairro periférico da região Norte, próximo da Rodovia Anhanguera.

É casado, possui dois filhos já casados. Um dos filhos, quando se separou da mulher, veio morar com ele. Mora com a esposa em casa própria, de cinco cômodos, em rua que está sendo asfaltada, e é servida de rede pública de água e esgoto. Foi uma região invadida e a casa foi feita por ele; o bairro está em fase de regularização imobiliária. A casa está no nome da esposa.

Estudou até a terceira série do ensino fundamental pelo Mobral, à noite. *“Sei fazer as contas, mas escrever eu sou ruim. Dependo só da minha cabeça, mesmo”.*

Morava no município de Jales (SP) e trabalhava com trator em pequena lavoura da família desde os 12 anos de idade, quando o pai faleceu, pois era o filho mais velho.

Em 1974 veio de Jales e foi trabalhar como saqueiro em cooperativa de grãos.

De 1983 a 1994 trabalhou registrado em empresa de rações, com empilhadeira. Trabalhava em durante a semana e também às noites e sábados.

Depois, trabalhou como motorista de caminhão, registrado, em empresa de fertilizante. Durante um carregamento, se machucou e como a empresa não podia demiti-lo e ele não se sentia bem naquele trabalho pela sua limitação, pediu demissão em 2007. *“Dentro de um ano ele não podia mandar embora, mas eu fiquei chateado e pedi a conta”*.

A partir de 2007 ficou sem previdência. Trabalha, desde então, como carregador em entreposto de alimentos três dias da semana, das 5 às 7 horas na “pedra” (local de armazenamento e venda de produtos) e das 7 às 11 horas em um mercado, em um box no entreposto.

Ganha cerca de R\$ 400,00 por semana, equivalendo a R\$1.600,00 por mês. O transporte e a alimentação no trabalho ficam por sua conta. A esposa trabalha em uma lanchonete e contribui com o orçamento familiar, mas não sabe com quanto porque o serviço é novo. Quando adoeceu, houve um período em que não pôde trabalhar e a filha o ajudou com as despesas. Diz que não falta dinheiro para alimentação e que pode pagar sua cerveja no final da tarde. *“A gente se vira, pra comer não falta. Lá no serviço tem gente que faz vaquinha para ajudar os colegas, mas eu tenho vergonha. Eu gosto de pagar minha cervejinha.”*

A busca pela atenção em saúde

Relata que o principal problema de saúde é a dor no joelho que apresenta há cinco meses. Procurou o ambulatório do entreposto e foi encaminhado ao ortopedista do Centro de Referência em Reabilitação. Fez ressonância magnética no hospital de referência na região sudoeste da cidade, que apontou lesão no menisco. Refere não aguentar andar e ter dificuldade para calçar o sapato.

Também apresenta hérnia de disco que o faz sentir dores contínuas que pioram muito quando carrega peso.

Como trabalha com carregamento de frutas, precisa entrar em câmara fria e não tem casaco. Apresenta tosse que acha que pode ser devida ao frio ou à fumaça

dos caminhões que transitam pelo local de trabalho. Vai colher escarro no ambulatório.

Sofreu uma queda de costas de cima de um caminhão durante um carregamento e foi atendido em um pronto-atendimento da região Norte, onde fez Raio X.

Ao amarrar uma carga, bateu o cotovelo e lesou a mão; refere dormência nos dedos. Foi atendido no hospital da região norte. Fez vários exames. Está aguardando a cirurgia que deverá ser realizada em outro hospital na região Noroeste, mas tem medo de fazê-la.

Tem muita dificuldade para dormir devido às diversas dores que apresenta e a um zumbido no ouvido, que o faz acordar pelo chiado. Refere diminuição da audição. Dorme cerca de duas a três horas por noite. Já fez audiometria. Já tentou dormir ouvindo rádio, mas não funcionou; a televisão também não deu certo, pois a claridade incomoda.

É hipertenso e faz seu controle no ambulatório. Pediu encaminhamento ao INSS, mas o médico do ambulatório disse que os peritos do INSS “*estão mandando até aleijado trabalhar, por isso não adiantava encaminhar*”. Apresentou hemorroidas e foi encaminhado do ambulatório a uma policlínica e, posteriormente, ao hospital da região Sudoeste para cirurgia. “*Eu estou esperando*”.

Fez uma extração de dente no ambulatório do entreposto.

Diz que já aconteceu tanta coisa com ele que não se lembra de tudo.

Relata que o médico do ambulatório disse que sua pasta é muito grande, referindo-se aos vários problemas de saúde e atendimentos no ambulatório. Ele contra-argumenta, dizendo que as coisas são decorrentes do trabalho. O médico diz que ele próprio trabalha em quatro locais. Ele diz: “*se fosse o serviço que o senhor faz, eu também trabalhava; vai fazer o serviço que eu faço! Vai descarregar caminhão!*”

Foi encaminhado pelo ortopedista do CRR ao INSS para verificar alguma possibilidade de benefício.

Conta que a maior parte dos carregadores que conhece tem problemas de saúde, especialmente dores nas costas, joelho e braço. Refere que eles usam o ambulatório *“só quando está lascado”*.

Acha que está recebendo da Saúde o que precisa.

12 - Narrativa – G.A.S.

A caracterização social

G.A.S., 61 anos, masculino, morador de bairro periférico da região Sul de Campinas. Mora sozinho, em casa própria de três cômodos, em rua sem asfalto, sem coleta de lixo. Utiliza poço e fossa, pois não há sistema público de saneamento.

É marceneiro. Começou a trabalhar em 1970, registrado, na região do ABC. Depois, passou a ser sócio em uma marcenaria. Trabalhou por sua conta, fazendo serviços que ele chamou de “particular” por 15 nos. Se precisasse viajar para trabalhar, fazia registro como autônomo ou como funcionário direto da empresa onde trabalharia. Não viaja mais e não consegue pagar a previdência social e Imposto Sobre Serviços (ISS). *“A prefeitura manda um carnê pra gente que a gente não fatura isso por ano.”*. *“Antigamente podia ir aumentando o que pagava para a previdência para aposentar com 10 salários, mas agora não tem mais isso”*. Não foi mais atrás porque teria que pagar mais 15 anos para aposentar e não vale a pena. *. Se eu quiser aposentar tenho que pagar mais quinze anos. Nunca fui atrás porque sou eu sozinho...”*

Atualmente trabalha em oficina de um colega, recebendo porcentagem dos serviços que executa. É trabalhador informal há cerca de 15 anos.

Se perder o dia de trabalho, não ganha nenhum dinheiro. Não conta com ninguém para auxiliá-lo em situações de necessidade financeira ou de cuidados de saúde. Acha que, pensando no futuro, tem que aproveitar para trabalhar bastante e guardar algum dinheiro enquanto a saúde está boa, porque não tem garantia de nada.

“Enquanto a saúde está boa eu racho o pau dia e noite; tem que guardar um pouco pensando nisso aí; garantia de nada você não tem”. Só do que trabalha, mesmo. “Se não trabalhou, não tem mais nada.”

Não foi informada sua renda mensal.

Na mesma atividade de trabalho, há outras pessoas sem registro como ele, seu cunhado e o irmão dele, que, às vezes, também têm problemas de saúde.

A busca por atenção em saúde

Até os 45 ou 50 anos não apresentou nenhum problema de saúde.

“Até os 45 nunca tive nada; era um cara normal, bom. Depois, comecei a ter pressão alta.”

É hipertenso.

Em 2002, fraturou a perna jogando futebol. Fez cirurgia no hospital municipal.

Machucou a coluna no serviço, montando um portão de cerca de 300 Kg, que caiu sobre suas costas, há cerca de 1 ano e meio. *“Até que eu me livrei dele, fiquei com a coluna estourada”.*

Desenvolveu, em seguida, artrose no braço direito, no quadril e na perna. *“Começou a descer para a perna”.*

Faz acompanhamento no Centro de Saúde de um bairro da região Noroeste, embora resida na região Sul. O CS forneceu receita, medicamentos e encaminhou

para fisioterapia no hospital da região Noroeste, porém aguarda há dois anos sem ser chamado. *“Estou esperando até hoje; ninguém me chama”*. Fez também radiografia de dentes e da coluna no mesmo hospital.

Procura mais os ambulatórios da prefeitura. Há um ano, cortou o dedo com serra elétrica quando trabalhava em obra de universidade na região Norte e não conseguiu ser atendido no PS de lá; demorou muito sem que fosse atendido; rasgou a ficha, deixou o pronto-socorro e foi ao hospital municipal, onde foi prontamente atendido.

Há 8 dias tomou vacina contra gripe e apresentou dores no corpo e sintomas respiratórios intensos, os quais atribui à vacina. Diz que essa gripe atacou a coluna. Hoje apresenta dores na coluna e veio ao pronto-atendimento da região Noroeste para pedir uma medicação. *“Fui na farmácia para comprar um remédio mas o rapaz não quis me dar, então eu vim aqui.”*

Tem consulta agendada no CS para o próximo mês. Diz que é sempre com o mesmo médico. Refere ter gastrite. Procura o PS quando acha que é urgente e também vai ao posto de saúde para seus acompanhamentos de rotina, onde já tem ficha. *“Se eu vejo que melhora aqui, não vou lá, perder meu tempo. Se não sarou, vou procurar. O pronto-socorro é para o que é urgente. Se não é urgente, eles mandam para lá (referindo-se ao centro de saúde). Eu já tenho a ficha lá no posto de saúde. Se eu vejo que melhora por aqui, eu não vou lá”*.

Acha que *“se tivesse pegado um médico bom”*, teria sarado das coisas que tem.

Refere que se não beber e tomar os seus remédios, sua pressão fica boa. *“Se der uma brecada nos remédios e tomar alguma coisa, a pressão desregula”*.

13 - Narrativa – M.M.R.

A caracterização social

M.M.R., 58 anos, masculino, morador de bairro periférico na região Noroeste de Campinas. Moram em casa própria de dois cômodos, com água encanada e energia elétrica, porém sem esgoto e em rua sem asfalto.

É pedreiro há 35 anos. Já trabalhou em empresa construtora, com registro. Relata que pedreiro ganha pouco registrado, cerca de R\$ 1.500,00 por mês.

Há 15 anos trabalha como informal. Trabalha a partir da indicação de conhecidos e pega o serviço que aparecer, em qualquer lugar da cidade. Saiu da empresa, pois poderia ganhar mais como autônomo. Teve seu carnê da previdência como autônomo por 1 ano, mas parou de pagar a contribuição porque estava oneroso. *“Tive o carnê, mas ficou atrasado; a coisa apertou e não estava dando pra pagar as contas”* .

“Assim, por conta, você ganha um pouco mais pra viver”. Ganha melhor, mas tem mais dificuldade em ter trabalho sempre.

Nessa mesma época, fumava e o que ganhava, não dava para pagar o cigarro. Também bebia. Parou de beber há quinze anos porque achou que não estava certo, que bebida não combina com trabalho; traz prejuízo para o bolso, para a cabeça e pode causar acidente; e

“Quem trabalha comigo não bebe em serviço. A bebida é prejuízo para o bolso e para a cabeça; estraga as coisas”.

Atualmente, ganha entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.500,00, que, segundo ele, *“o que ganha é suficiente apenas para pagar as contas”*. Não é sempre que aparece trabalho e se não trabalha, não recebe. O mês passado eu não consegui trabalho, então tive que repartir o que ganhei por dois, para dar pra pagar as contas. *“Se você ganha 3 mil em um mês e não trabalha no outro, tem que dividir o ganho por dois”*. Gostaria de voltar a trabalhar como empregado, mas *“Como que eu vou procurar emprego em empresa com a carteira vazia? Ninguém vai confiar e*

acreditar que eu tenho experiência. Preciso recuperar minha carteira com o juiz para conseguir emprego de novo”.

Está tentando recuperar sua carteira de trabalho que foi perdida para voltar a trabalhar em empresa.

Às vezes trabalha com ajudante, outras, trabalha sozinho. Refere que seus colegas de trabalho também queixam de dores e que piora com a idade.

Separou-se da primeira companheira e mora com uma nova companheira, que trabalha como cozinheira, registrada e recebe R\$ 800,00 por mês.

Vendeu uma casa anterior que possuía e gastou quase todo o dinheiro para se manter após um acidente de trânsito que sofreu e que o afastou do trabalho por dois meses. *“Fiquei dois meses parado por causa de um acidente de carro. Quebrou minha perna. Nessa época a gente estava com um dinheirinho da venda da casa e gastamos tudo”.*

Acha que não se deve trabalhar em excesso, que tem que ter limite. Deve-se trabalhar para viver e pagar suas contas, mas não para ficar doente. *“Hoje nós trabalhamos para a despesa de casa e cumprir com as contas que tem que pagar”.*

A busca por cuidados de saúde

Refere dor no braço e ombro direitos há 1 mês. Foi ao posto de saúde do seu bairro, recebeu medicação injetável e não houve melhora. Ontem, apareceu uma dor no joelho direito. Foi ao pronto-atendimento da região e o médico disse que era ácido úrico (gota); prescreveu anti-inflamatórios e analgésico e orientou diminuir a ingestão de carne.

Atribui a dor no ombro ao esforço que faz no trabalho com a colher de pedreiro.

“Nós, pedreiros forçamos mais o braço, com a colher. Conforme o movimento, deve desgastar o braço. Sobe em andaime, carrega peso. E vai chegando uma idade, o corpo não é mais de 18 anos.”

Tem hipertensão há dez anos e faz controle semanal no CS. *Eu tenho controle de pressão no posto. Tomo medicamento”. Recebe medicamentos e acha que a equipe é boa e educada. Não vai ao CS no período da manhã porque é muito cheio. “Às vezes tem gente pior que gente, que precisa mais e vai de manhã. Então, quem precisou já consultou de manhã, daí eu vou à tarde.”* Vai por volta das 16 horas, às quintas-feiras, porque está vazio, já que fecha às 17h. Assim, não atrapalha seu serviço, pois se não trabalhar, não tem de onde receber. *“Vou toda semana, só essa semana que eu não fui. Lá é muito bom, o pessoal é educado. O remédio para a pressão eu tenho direto, eles me dão sempre que acaba; minha pressão está baixando. Agora a pressão estava alta, porque quando a gente sente dor a pressão sobe”.*

Quando sente dor, sua pressão sobe.

Fez vários exames no CS e no PA (urina, sangue, raio X) e vai ao CS para consulta a cada seis meses. *“Lá eu tenho que voltar porque tenho exame pronto para ver. É Raio X, exame de sangue, colesterol. Pediu uma série de exames; eu achei bom. É um médico muito legal. São as mesmas meninas que atendem a gente, muito educadas. Só que o ser humano é a coisa mais difícil de entender. Tem gente que reclama que o posto está cheio. Se eu for cedo, vai estar muito cheio. Então, eu vou à tarde, às 16 horas, porque aí está vazio e eu sou atendido logo. Quem consultou de manhã já foi tudo embora, daí está vazio. O posto fecha às 17 horas. Eu paro no serviço às 16 horas, pego o carro e vou lá. Isso não atrapalha meu serviço.”*

Há três anos sofreu acidente de trânsito e quebrou a perna. Foi operado no hospital da região Norte, encaminhado pelo hospital da região Noroeste, onde

manteve seu acompanhamento pós-operatório. Por ocasião desse acidente, ficou sem trabalhar por dois meses.

Sente dores para dormir e não consegue dirigir.

Acha bom e rápido o atendimento do PA e diz que a instalação desse PA *“foi a única coisa que o prefeito fez de bom para nós”*.

Tem outros colegas com dores nos braços e pernas que atribui ao esforço no trabalho.

14 - Narrativa – M.M.S.

A caracterização social

M.M.S., 19 anos, masculino, morador de bairro periférico da região Noroeste de Campinas. Vive com seus pais e uma irmã de 18 anos em casa própria, de cinco cômodos, abastecida por rede de água e esgoto, em rua sem asfalto.

Sua família veio de Pernambuco para Campinas em busca de trabalho, há 17 anos. Ele, portanto, com dois anos de idade. *“Segundo eles (os pais), a gente veio procurar coisa melhor”*.

É ajudante de obras da construção civil. Trabalhou em empresa de engenharia, registrado, por cinco meses. Faltou do trabalho por doença, sem levar atestado e foi demitido.

Atualmente, trabalha com o pai, que é mestre de obras. *“Trabalho com meu pai; ele é mestre de obra”*. Trabalha nessa atividade há três anos, sem registro. *“Comecei com 16 anos trabalhando com meu pai. Trabalhei uns cinco meses em empresa de construção, registrado, mas eu precisei faltar e não levei atestado, daí*

eles me mandaram embora. Aí eu fui trabalhar com meu pai de novo, por conta. Não sei se meu pai tem carnê da previdência”.

Todas as pessoas da casa trabalham; sua mãe é empregada doméstica, o pai é mestre de obras e a irmã trabalha em loja de telefonia celular. Não sabe informar a renda familiar. A mãe e a irmã trabalham com registro.

Sua renda é de R\$ 50,00 por dia trabalhado, chegando no máximo a R\$ 750,00 por mês, pois não consegue trabalho para o mês todo, “*no máximo três semanas*”.

Nunca recebeu orientação sobre a previdência social ou o sindicato da construção civil.

A busca por cuidados de saúde

O problema de saúde que o incomoda é a amigdalite. Refere ter episódios a cada dois ou três meses. “*Outra vez que eu vim, eu fugi da injeção!*”

Quando apresenta sintomas, toma medicamentos anti-inflamatórios em casa. “*Às vezes eu tomo remédio em casa e quando não dá certo eu venho para cá*”.

No episódio atual, procurou o PA e recebeu antibiótico injetável. Não costuma usar o Centro de Saúde; refere que está sempre fechado e em greve (havia uma greve naqueles dias). “*Faz muito tempo que não vou no postinho; agora mesmo está fechado, está de greve*”. Acha que o pronto-atendimento é demorado.

Quando adoece chega a perder três ou quatro dias de trabalho e isso o prejudica, pois impede sua renda nesse período.

Não sabe se há outras pessoas com problemas de saúde no seu trabalho, pois cada vez está em um lugar, nem sempre com as mesmas pessoas.

Embora faça críticas aos serviços de saúde, acha que suas necessidades de saúde estão sendo atendidas.

15 - Narrativa – F.V.A.

A caracterização social

F.V.A., 64 anos, morador de bairro periférico da região Sul.

Veio em 1990 do Paraná e trabalhou como jardineiro, sem registro; depois, trabalhou como faxineiro, em prédio, por quatro anos e meio, registrado.

Há 14 anos trabalha como jardineiro em casas, prédios, condomínios. Atualmente, trabalha junto com seu cunhado. Trabalhou sem vínculo com a previdência até seis meses atrás. *“Eu estou com 64; tem mais um ano para ver se eu consigo me aposentar. Meu cunhado trabalhava comigo; ele tem problema de saúde e conseguiu se aposentar”*. Passou a recolher sua contribuição previdenciária por insistência do cunhado que já conseguiu se aposentar. (Mantivemos o caso, pois o período de formalidade é muito pequeno em relação à sua vivência na informalidade).

Quando fica sem trabalhar, não recebe; a filha, que faz faxina uma vez por semana, ajuda nas despesas da casa. Fala da responsabilidade em pagar as contas e que tem que dar um jeito de pagar. *“Minha filha trabalha e quando aperta ela dá uma força. Ela faz faxina 1 vez por semana. Não tem jeito, as contas a gente tem que pagar. Fazer o que, né? Mas, tá bom...”*

A busca por cuidados de saúde

Relata que sofre de bronquite asmática há cerca de cinco anos; relaciona o início das crises com o período em que parou de fumar. *“Quando eu parei de fumar, me atacou essa bronquite. O pulmão está fraco”*.

Refere que chegou a pagar consulta e que o médico deu remédio, mas não melhorou.

Em 2005 ficou internado em hospital universitário na região Norte, com suspeita de tuberculose. Fez exames, mas não foi confirmada a tuberculose.

Há dois anos, procurou o Centro de Saúde do seu bairro e foi encaminhado para uma policlínica no centro da cidade, onde continua fazendo seu acompanhamento. Faz inalações e toma medicamentos recebidos na unidade de saúde.

Quando tem crises e a medicação que toma em casa não resolve, procura o pronto-atendimento no centro; precisa tomar cortisona. *“Se não resolve em casa, eu vou no pronto-socorro. Eu vou sempre lá, daí tomo injeção, inalação, uma porção de coisas. Quando ataca tem que correr”*. Já chegou a ir duas ou três vezes na semana. A última vez que precisou ir ao pronto-atendimento foi há 20 dias.

Seu problema respiratório atrapalha bastante seu trabalho; refere que não aguenta andar depressa. *“Sinto muita cansaça; tenho que andar devagarzinho. Conforme estou trabalhando e vou andar depressa, aí não aguento. Tenho que parar, descansar, para continuar andando”*.

Narrativas das entrevistas com dirigentes sindicais

Narrativa - F.A.S.,

O dirigente sindical e a atenção à saúde dos trabalhadores informais

F.A.S., sexo masculino, dirigente do Sindicato da Construção Civil de Campinas e região, informa que as categorias que apresentam maior número de trabalhadores informais são as empregadas domésticas, a construção civil, com 45% de informalidade em julho de 2011, os ambulantes, os catadores de recicláveis. Há cooperativas, mas são poucas. Atualmente há um crescimento da construção civil na região Noroeste.

Os principais problemas de saúde que os trabalhadores da construção civil apresentam, relacionados ao trabalho, são as dermatoses e dermatites por contato com produtos químicos, lombalgia, dor no joelho pelo excesso de peso que carregam, pelo esforço e pela posição no trabalho. As doenças comuns que apresentam são pressão alta, diabetes, resfriado, gripe. A alimentação é exagerada e leva à obesidade. Têm problema de articulação pelo peso associado ao trabalho. *“Eles trabalham por conta, vão receber de acordo com o que trabalham e se esforçam muito”.*

Os catadores se esforçam muito pelo peso da carrocinha e apresentam problemas de coluna, de joelho. Carregam o que suportam e um pouco mais. Apresentam problemas de pele por trabalharem sem nenhuma proteção; catam com as mãos os materiais que estão misturados, não usam luvas nem máscara. Uma das cooperativas é mais organizada; lá usam avental, luva, máscara.

Moram principalmente nas regiões do Monte Cristo, Campo Grande e Ouro Verde. Os serviços de saúde que mais procuram são os centros de saúde de onde moram e os pronto-atendimentos das regiões Sul, Norte e Sudoeste.

Relata que com o crescimento econômico do país houve decréscimo da informalidade; aumentaram os registros e o programa do governo federal de microempreendedores como pessoas jurídicas incentivou financiamento, possibilitando o crescimento da formalidade.

No entanto, há uma parcela que busca a informalidade, o trabalho “por conta” em busca de maior ganho financeiro. Acha que esses trabalhadores têm uma segurança aparente, que deve influenciar positivamente na sua saúde, particularmente no aspecto emocional. *“Há uma parcela que busca a informalidade, trabalham por conta, porque podem ganhar mais, com esse intuito. Penso que ele trabalha mais tranquilo, com uma segurança aparente. Isso deve melhorar o aspecto emocional e de saúde”.*

Ainda assim, incentiva os trabalhadores a contribuírem com o INSS pela aposentadoria e para financiar o SUS.

A respeito das ações de saúde que espera que os trabalhadores informais recebam, fala do crescimento da rede em número de unidades e de profissionais, destacando que a rede já atende razoavelmente, mas é insuficiente. Fala da necessidade de concurso público para adequar as equipes frente ao crescimento da população; fala também do atendimento primário em centros de saúde com consultas e tratamentos, a fim de não sobrecarregar os prontos-socorros desnecessariamente.

Como não citou espontaneamente, foi perguntado se desejaria alguma ação de vigilância. A isso, respondeu afirmativamente, destacando a importância da mesma e o quanto é difícil essa ação, lembrando-se das dificuldades que já experimentaram em atuar dentro de condomínios; nessas ações, a fiscalização poderia melhorar as condições de trabalho e, conseqüentemente, as condições de saúde. Mas, foram barrados pelos condomínios que não permitiram o acesso. *“É muito importante. Você sabe o quanto lutamos por essa atuação da Vigilância e sabemos que não é fácil. A fiscalização poderia ajudar. Já tentamos fazer fiscalização em condomínio, mas não funcionou, fomos barrados pelos condomínios que não permitiram o acesso. Poderia melhorar as condições de trabalho e, conseqüentemente, poderia estar melhorando as condições de saúde”.*

Narrativa – M.J.M.S.

O dirigente sindical e a atenção à saúde dos trabalhadores informais

M.J.M.S., feminino, dirigente sindical do Sindicato dos Trabalhadores da Economia Informal de Campinas e região.

A dirigente aponta que, além dos vendedores ambulantes, a construção civil é a outra categoria com maior número de trabalhadores informais em Campinas.

Identifica que os principais problemas de saúde que os trabalhadores informais do comércio ambulante apresentam são problemas de coluna por carregar sacolas, carrinhos de salgados, frutas. E que as mulheres são mais atingidas.

Também aponta a violência e o constrangimento de ser tratado como bandido e que isso “*derruba a pessoa*”, leva ao estresse, à depressão. Cita o exemplo de um casal que está se separando e a mulher está pressionada, pois tem que dar conta do sustento. A mulher tem destaque nessa atividade. “*É uma vitória da mulher, mas tem consequências, pois não consegue segurar tudo, tem momentos difíceis que causam estresse, nervosismo, pressão alta*”.

Refere que os trabalhadores utilizam principalmente os serviços de urgência, especialmente a unidade do centro da cidade. Com o fechamento dessa unidade, eles estão se automedicando. Cita mais um exemplo de uma pessoa com câncer de nariz que está agendado para outubro (quatro meses) em um hospital da região Norte, concluindo que os serviços de saúde estão sobrecarregados.

Relata que houve mudanças no cenário do mercado de trabalho com consequências para a saúde dos trabalhadores. Todos os ambulantes se tornaram microempreendedores. Passaram a ter benefícios como aposentadoria, salário maternidade. Mudou a cara do trabalhador. Eles têm que trabalhar com nota, pois o Ministério Público está com esse segmento em foco. Houve perda financeira com as mercadorias já compradas que não poderiam mais vender. Tiveram que aprender a trabalhar diferente. Essas mudanças geraram aumento do custo. E isso tem repercussão sobre a saúde, tem estresse.

Aponta que há necessidades a serem supridas pelo setor saúde como a reabertura da unidade de urgência do centro, conseguir ser atendido, marcar consulta mais ágil. “*O camelô não consegue ser atendido no CS. Tem fila, demora, não consegue todos os remédios de que precisa. Os serviços de saúde estão sobrecarregados. Eles não podem deixar a banca, vêm trabalhar doentes mesmo*”.

Entrevistas com gestores dos serviços de urgência e emergência:

M.A.S.

O retrato profissional

M.A.S, médico, gestor de unidade de pronto-socorro, referência para região de cerca de 400 mil habitantes.

A pesquisa foi uma novidade para o entrevistado, em relação a esse tema ser desenvolvido em um pronto-socorro.

Relação do serviço de saúde com a atenção à saúde do trabalhador informal

A missão do PS é tirar o paciente da urgência, depois registrar a atividade.

O atendimento é feito sem distinção de idade, sexo ou grupos da população. Pode dizer que na região onde o serviço está localizado existem muitos trabalhadores informais. *“Atende, sem dúvida. Na região que a gente se encontra, pela sensação, pelo trabalho que faz aqui faz tempo, é uma população que vive do trabalho informal. São 400 mil habitantes, sem dúvida temos o trabalhador informal como público.”*

Não há preocupação do PS em identificar a relação da doença com o trabalho; apenas quando é acidente de trabalho. Ainda assim, não refere qual ação específica para o PS é decorrente dessa informação.

A dificuldade em identificar esse grupo está na característica do serviço de urgência.

Não cabe ao PS a investigação da relação com o trabalho, mas à UBS ou à especialidade. Acha que o PS não recebe pacientes com doenças ocupacionais, a não ser em quadros agudos.

A pesquisa o estimulou a pensar que o PS poderia identificar quem são os trabalhadores informais atendidos nesse serviço e que a ação decorrente da identificação desse grupo seria a análise do perfil epidemiológico para orientar as medidas a serem desencadeadas por outros componentes do SUS, como a UBS, a Vigilância e o CEREST.

Fala da diferença de proteção legal do trabalhador formal do informal.

“Em função da natureza da unidade, a urgência/emergência é bem diferente da UBS, quando de trata de nexos causal; no PS não cabe investigar, esmiuçar. Essa sequência, se tem relação ou não com o trabalho, isso será na UBS ou na unidade de especialidade, dependendo da necessidade.”

M.G.M.

O retrato profissional

M.G.M., médica, gestora de unidade de pronto-atendimento.

Relação do serviço de saúde com a atenção em saúde ao trabalhador informal

A gestora aponta que o PA atende muitos trabalhadores informais, pois é da missão do SUS o atendimento universal e que na região central encontram-se muitos deles, especialmente os camelôs. *“Todo PA atende a qualquer usuário, trabalhador informal, estrangeiro; por objetivo, meta, filosofia, missão.”*

Não há ação específica para esse grupo prevista na sua unidade, mas esses trabalhadores procuram pelo PA quando o seu agravo é ou torna-se agudo, por exemplo: hipertenso, diabético, infarto ou quando se machuca. Eles não conseguem ir à UBS porque não têm carteira assinada e precisam trabalhar.

O PA não tem a obrigação da manutenção do cuidado; fazem o atendimento do problema agudo e encaminham para a rede básica ou para um dos hospitais de referência. E o trabalhador não tem seguridade pública e fica por conta própria.

Há dificuldade no seguimento pelo CS, pois os pacientes que são informais não informam o endereço corretamente, já que têm a cultura da informalidade, tem que ficar invisível. Além disso, metade dos usuários informa residir no centro e pode ser de qualquer lugar, inclusive de outros municípios.

Em relação à identificação desse grupo da população, informa que não está prevista a coleta dessa informação na entrada do paciente no PA, apenas quando se trata de acidente de trabalho. O trabalhador formal informa porque precisa da CAT; já o informal, não, pois sabe que essa informação não servirá a ele. Além disso, a ficha de atendimento não contém o campo de trabalho formal ou informal e isso só pode ser coletado em inquérito intencional.

As ações que decorrem do atendimento desse trabalhador se referem às notificações de doenças transmissíveis e ao possível encaminhamento de pacientes agudos. Os casos crônicos ficam sem seguimento, principalmente pela falta de pessoal para fazer a classificação de risco e poder dar os encaminhamentos necessários ao cuidado. Acredita que a qualificação e a adequação da remuneração dos profissionais, previstas para o próximo ano, irão repercutir positivamente no cuidado.

Não é possível o PA realizar ações que seriam do CS, como curativos, por exemplo. Apenas atender o agudo.

Apona que “a população entra na primeira porta que encontra”, por isso indica que deva haver campanhas de esclarecimento sobre onde devem procurar e também deve haver médicos no CS, pois acabou de receber um paciente para fazer uma sutura, porque na unidade não havia médico.

Em relação à informação para a gestão, indica a necessidade de saber o que essa população espera do seu serviço e também se há outras pessoas no trabalho na mesma condição para que quem de direito possa intervir (se referindo ao CS e à vigilância). Saber se é trabalhador não modifica o atendimento, mas sim o seguimento do paciente. Tem dúvida se deve ser colhida a informação relativa ao trabalho; se fosse, teria que ser bem simples, de fácil registro, e cuidar para isso não seja interpretado, erroneamente, pelo trabalhador como uma barreira ao atendimento.

Enfatiza a limitação para o afastamento do trabalhador informal, que precisa trabalhar para comer.

Também aponta a necessidade de *“melhorar a gestão do atendimento à população em todos os serviços. Existe boa vontade no SUS em fazer o melhor, mas existe pouco preparo para isso. Para você programar suas ações precisa saber onde intervir.”*

Reforça que o SUS é um projeto para a sociedade e que faz um trocadilho com o jargão “saúde não tem preço”, dizendo “mas tem custo” e que *“o nosso lucro é da qualidade, do não desperdício, da qualificação da atenção”*.

Faz a sugestão de criar um serviço de atendimento para os trabalhadores informais que fosse até os locais de trabalho, aos moldes do atendimento do morador de rua, identificasse as necessidades de saúde e os encaminhasse para a rede básica.

Narrativas das entrevistas com trabalhadores dos serviços de urgência/emergência

F.D.

O retrato profissional

F.D., médica emergencista de pronto-socorro e de SAMU.

Relação com o cuidado do trabalhador informal

F.D. identifica a relação dos agravos apresentados por pacientes na unidade de urgência/emergência, com o trabalho que executam. Destaca os ferimentos, traumas, lombalgia e LER como os principais relacionados ao trabalho.

Considera o PS preparado para prestar o primeiro atendimento ao paciente que é trabalhador informal, mas sua evolução deveria ser acompanhada pela rede básica. Preocupa-se com o vínculo com o paciente. Procura encaminhá-lo com as orientações corretas para que ele possa estabelecer um vínculo com a UBS. *“Me preocupo em inserir o paciente me algum CS no momento da avaliação, para acompanhar a evolução, tirar os pontos (uma coisa simples), sair com receita e encaminhamento ao CS, inserir no CS para um médico ou equipe para acompanhar e identificar complicações, tratar na unidade ou retornar se tiver dificuldade de acesso. Se vejo que tem dificuldade para ir ao CS, vinculo o paciente a mim.”* No entanto, acha que é difícil a unidade acolhê-lo. Se perceber que há dificuldade no encaminhamento e vinculação à UBS, faz o vínculo com ela e orienta que retorne ao PS para procurá-la.

Considera as dificuldades que o trabalhador informal tem em tomar os cuidados necessários à sua recuperação, especialmente aqueles que necessitam de afastamento do trabalho. Por isso, orienta, com muita ênfase, as medidas que chama de inegociáveis para o seu cuidado, pois acha que se valoriza demais o afastamento, o trabalhador não irá adotar as recomendações importantes. *“A diferença entre o formal e o informal é a possibilidade de afastamento. Se for impositiva, ele não vai respeitar, não vai seguir. Tenho necessidade de dar orientações específicas para causar menos danos.”* Acho que é importante a credibilidade do que eu falo. O acompanhante também vai fazer com que ele siga as orientações. Vai ter agravamento e sequelas.”

Os seus pacientes a procuram no PS. Atribui isso ao vínculo que estabelece com eles.

Acha que gerar dados é positivo, contudo não vê necessidade de outro formulário além do prontuário/ficha de atendimento, para registrar a informação relativa ao trabalho. Gerar informação poderia sensibilizar a Vigilância a interferir nos Centros de Saúde pra que o acolhimento e seguimento dos trabalhadores informais fossem mais adequados.

Aponta a exposição maior do trabalhador informal a riscos. *“Ele está exposto a mais risco, açougueiros que cortam os dedos reincidentem em acidentes. Precisam de acompanhamento para evitar novos acidentes. O seguimento é necessário.”*

Fala da pouca sensibilidade dos profissionais de saúde para as necessidades do trabalhador.

“Os pacientes acabam voltando sem as orientações. É necessário que os profissionais de saúde ouçam o paciente em suas necessidades. As questões de saúde devem ser colocadas com clareza. As condições econômicas são importantes para esses trabalhadores. Existe sofrimento financeiro. Talvez não procurem o CS porque não estão afastados e daí não seguem as orientações”.

Sugere a incorporação do assistente social à equipe das UBS para aumentar a possibilidade de estabelecimento de vínculo devido à maior resolutividade para as necessidades econômicas e sociais. *“A assistente social poderia ter uma presença importante, de como orientar nessas situações, utilizar os recursos/equipamentos do município. Todos os CS deveriam ter assistente social para fazer a busca ativa desses pacientes para evitar essa desvinculação. A questão social está intimamente relacionada à saúde e não conseguimos fazer o que é preciso. Poderia estreitar a relação do PS com o CS pela assistente social.”*

Aponta para a atitude de alguns usuários que os leva a não cuidarem da sua saúde. *“Também tem aqueles “tigres”, eles se desvinculam de qualquer coisa. É um perfil de paciente que são mais “tigres”. Talvez se fossem contratados formalmente também iriam trabalhar. É mais difícil de sensibilizar”.*

“Resumindo: falar com clareza; tentar entender as condições do paciente; a maioria da população se sente negligenciada pela saúde e também negligencia; acolhimento e alternativas.”

G.R.C.M.

O retrato profissional

G.R.C.M., enfermeira de pronto-atendimento.

Relação de seu serviço com a atenção ao trabalhador informal

G.R.C.M. relata que o PA atende muitos trabalhadores informais devido à sua localização em local onde trabalham muitas pessoas. *“Procuram bastante, pela localização no Centro. Muitas pessoas trabalham aqui no centro. A gente atende bastante trabalhadores informais”.*

Eles apresentam principalmente acidentes de trabalho, com cortes, seguidos de processos alérgicos devidos à exposição a produtos químicos em salão de beleza e, por fim, doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

Considera o pronto-atendimento preparado para realizar o atendimento dos trabalhadores informais. A ação decorrente é o encaminhamento para a UBS, independentemente do vínculo com o mercado de trabalho.

Refere que há dificuldade em localizar o paciente; o PA faz o encaminhamento para a UBS, mas perde o seguimento, pois eles mudam de lugar.

Considera que a informação sobre o endereço correto e o retorno das medidas de seguimento pela UBS seriam importantes para seu trabalho. Está em fase inicial um trabalho com pacientes crônicos, a partir do enfermeiro e da assistente social, de encaminhamento e vinculação à UBS, mas não se preocuparam se é

trabalhador formal ou informal. Acha que a inclusão desses trabalhadores crônicos, acidentados ou com processos alérgicos poderia ser feita também, porém depende de conversas com a coordenação, mas é uma maneira de começar.

Relata ter orientação a respeito das notificações de acidentes de trabalho, para a VISA do seu distrito de saúde.

Narrativas das entrevista com gestores de vigilância em saúde

C.V.R.M

Retrato profissional

C.V.R.M, enfermeira, gestora de VISA distrital

Reconhecimento do trabalhador informal

A respeito da missão do serviço de vigilância em atender trabalhadores informais, aponta que o trabalhador informal é atendido pelo SUS, portanto, também pela VISA, mesmo sem ter a informação se é ou não informal, pois a forma de organizar o trabalho de vigilância não leva em conta o vínculo, mas o risco à saúde. *“O trabalhador informal é atendido pelo SUS, portanto deve ser atendido pela Visa”.*

Dá exemplos de tipos de atividades que os trabalhadores informais devem desenvolver: comércio ambulante de alimentos, manicure, boleiras, salgadeiras. E que na ação de vigilância para essas atividades são abordados o processo de trabalho, o local, o produto e a saúde do trabalhador. No entanto, se ele vem se regularizar perante a VISA, já não é informal.

Em relação a que tipo de ação está prevista para esse grupo, fala da ação educativa como sendo a principal, seguida da notificação de agravos.

Questiona se há maior risco à saúde dos trabalhadores informais. Para a Vigilância, não faz diferença o tipo de vínculo, pois sua abordagem será pelo risco. Para o trabalhador, a diferença está na preocupação com seu futuro.

A dificuldade em reconhecer esse trabalhador está na falta de definição de que seja uma prioridade para a vigilância no município, como sendo de maior risco. Destaca que os recursos de profissionais, carros e de organização existentes atualmente na VISA não permitem a realização de ações que extrapolem as definições para todo o município. E ainda, fala da dificuldade em localizar esses trabalhadores e lembra-se de situações em centros de saúde nas quais os trabalhadores não queriam se formalizar em função das taxas que poderiam advir e não querem ser notificados por não quererem ser conhecidos, identificados .

A respeito das ações que decorreriam do reconhecimento desse grupo, fala de ações conjuntas com sindicatos da construção civil, dos canavieiros sobre alojamentos e exposição a agentes químicos, Ministério do Trabalho, Ministério Público, os Agentes de Controle Ambiental na identificação de alojamentos, acúmulo e organização do material de resíduos, vacinação, ou outras situações encontradas a partir do trabalho de campo que realizam para controle da dengue, e a própria VISA, com ações de orientação, prevenção e assistência, ainda que seja por demanda espontânea, realizá-la de forma mais completa.

Sobre a informação necessária à gestão da vigilância, aponta que cada núcleo de atuação da VISA poderia obter informações: a VE pelas fichas de notificação; alimentos, em busca ativa; ambiental, no trabalho de campo. O Centro de Saúde não tem a informação de que pode notificar os acidentes do trabalhador informal no SINAN. Reforça que a VISA pode analisar melhor os bancos de dados que utiliza, como o sistema 156 (tipos de atendimento, bairros, atividades), SINAN (agravos) e SIVISA (as atividades econômicas); assim, esse grupo passa a ser

conhecido, a ter objetivo e entra na missão da vigilância a partir do conhecimento do território.

Narrativa – R.A.G.

O retrato profissional

R.A.G., enfermeira, gestora de equipe distrital de vigilância em saúde. Foi agente de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeira, coordenadora de UBS e, atualmente, de VISA.

O serviço de vigilância e a atenção à saúde do trabalhador informal

A gestora aponta que em sua trajetória profissional viu o trabalhador informal em seus territórios, em suas residências. Lembra-se do areeiro. Reconhece a vulnerabilidade desse grupo, mas não o destaca como prioridade; sente-se frustrada por isso.

Aponta que o SUS tem várias caixinhas para encaixar as pessoas: o homem, a mulher, o diabético, o hipertenso, o trabalhador. Mas é o trabalhador formal que se procura destacar, ainda que com dificuldades. Acredita que o SUS prevarica ao saber que o risco e a vulnerabilidade do trabalhador informal existem e não agir para enfrentá-los.

Destaca as dificuldades de sobrevivência que esses trabalhadores enfrentam, *“trabalhando agora para comer agora”, não têm cidadania plena, passam fome, têm uma cidadania excludente*.. É uma mão de obra para uso e determinadas situações.

Lembra o projeto TRAPP desenvolvido na unidade de saúde que coordenava. Os trabalhadores receberam luvas e botas e as venderam para comer.

Acrescenta que não há política de saúde específica para eles, pois não há interesse do Estado em se voltar para os processos produtivos da informalidade, em desenvolver políticas públicas para grupos que não têm relevância econômica. Os grupos de risco são definidos não só por questões sanitárias, mas por questões econômicas também. E os trabalhadores informais não estão incluídos por não terem a mesma repercussão econômica. A perspectiva continua a ser do controle da sanidade na lógica do desenvolvimento, como nos séculos passados. Há corporações de grande peso que influenciam e que não querem olhar para o trabalhador informal.

Identifica que, com os instrumentos que utiliza, o sistema de saúde como um todo e, em especial, a Vigilância não consegue categorizar o risco social e econômico e propor ações voltadas para esse grupo.

Fala também da dificuldade dos profissionais da unidade de saúde em priorizar o trabalhador informal dentre tantas prioridades que a Secretaria de Saúde apresenta a eles e das dificuldades de conhecimento para a abordagem adequada desse grupo. Talvez o CEREST e a Vigilância tenham esse conhecimento.

As ações de vigilância se localizariam no campo da promoção e da prevenção, especialmente com trabalhos educativos. É fundamental a postura de vigilante e não de fiscalização, buscando possibilidades. Dá o exemplo de cabeleireiros e manicures com trabalhos de orientação para diminuir os riscos para o próprio trabalhador e para quem usa seus serviços. A Vigilância deve aprender a desenvolver olhar de risco para essa atividade. Reforça a perspectiva regional de reconhecimento e atuação no território, em trabalhos com as unidades básicas, para não gerar desconfiança no trabalhador informal quanto às possíveis atuações punitivas da vigilância.

Retoma o projeto TRAPP e avalia, lamentando, que a abordagem dos trabalhadores informais não ficou sedimentada e incorporada às práticas da unidade e da vigilância. Levanta a possibilidade de haver necessidade de

“caixinha” (se referindo a programas específicos) para poder alertar gestores para as necessidades desse grupo.

Ao abordar o tema da informação para gestão, avalia que os bancos de dados são fontes legítimas de informação, mas insuficientes, pois a vida do cidadão é maior do que o banco de dados pode revelar e oferecer para o planejamento das ações. O risco não é quantificado nem a informação qualificada. Esses trabalhadores adoecem e são atendidos em pronto-atendimentos, diluídos entre outras pessoas.

A notificação de agravos de saúde do trabalhador é pouco realizada; no SINAN há os agravos de interesse de Saúde do trabalhador, mas não dá tempo de fazer as notificações de ST, pois o “trator” prioriza outras coisas.

Os técnicos de vigilância da saúde do trabalhador tem grande potencial, porém é pouco utilizado. Essa é uma questão que precisa ser resolvida em Campinas.

Constata que não se faz a articulação da Saúde do Trabalhador com as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

Narrativa – B.K.

O retrato profissional

B.K., enfermeira sanitária, gestora de Vigilância em Saúde.

A coordenação do Sistema de Vigilância em Saúde e a atenção à saúde do trabalhador informal.

A gestora relata que o departamento se envolve pouco com a Saúde do Trabalhador, que esse tema não tem entrado na agenda do departamento.

Procuram se articular com o CEREST, por meio do colegiado de vigilância e com apoios específicos.

Relata alguns trabalhos realizados sob coordenação do departamento, que enfocaram atividades desenvolvidas por trabalhadores informais:

O primeiro foi chamado de “Catadores Encantadores”. Foi motivado pelo controle da Dengue com foco no trabalho com resíduos recicláveis. É um trabalho exemplar de Vigilância em Saúde. Aborda a saúde integral: a vacina, os riscos que o trabalhador tem, outros problemas de saúde que apresente, realizado de modo integrado com a unidade de saúde e também aborda aspectos de aumento do rendimento financeiro, com o melhor acondicionamento dos materiais. Esse trabalho continuou na VISA onde foi iniciado, porém perdeu força com a saída da pessoa do departamento que o coordenava.

O outro foi chamado de “Motoboy”. Foi iniciado com a proposta da Câmara de fazer a notificação, motivada pelo número de mortes. Esse projeto estava disposto a lidar com a precariedade do trabalho. Era um trabalho intersetorial (Fundacentro, PAs, DEVISA, Câmara, CEREST, Secretaria de Transportes, Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, Sindicato dos Motociclistas) e previa o atendimento ao acidentado, a notificação, buscava compreender o tipo de trabalho que transporta todo tipo de coisa. A notificação não foi implantada por dificuldades com a ficha, que era muito complexa. Com a entrada no SINAN, houve a tentativa de conciliar as duas fichas, mas não foi possível.

Há o projeto “Frentistas”, que está em andamento e aborda a intoxicação exógena.

O outro é sobre acidentes com materiais perfuro-cortantes, aborda os riscos de infecção por hepatite, AIDS e evidencia as dificuldades de relação com outros serviços.

Ainda sobre as dificuldades, fala que o trabalho desses projetos esteve muito focado em apenas uma pessoa, no departamento, o que é negativo.

A maior dificuldade é a notificação, não só para o informal, mas para todos os agravos de Saúde do Trabalhador. As notificações relacionadas ao trabalho não foram para frente.

As doenças transmissíveis ganham espaço devido ao preparo da equipe, ao apelo e à urgência da resposta. O CEREST tem o preparo, mas não tem a liderança para isso perante as unidades de vigilância.

Na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, os agravos de Saúde do Trabalhador não estão no rol das Doenças Não Transmissíveis, o que contribui para aumentar a dificuldade.

Apona que trabalhos intersetoriais trazem dificuldades por si. É necessário ter alguém, uma pessoa forte que tome a frente e coordene as ações. A dimensão assumida por trabalhos como o do motoboy dificultou a manutenção da articulação entre os atores envolvidos e o projeto foi interrompido.

Indica que as ações de vigilância podem ser desenvolvidas a partir da identificação de algum risco que o tipo de trabalho traga para a saúde dele ou de outras pessoas. Esse poderia ser o motivo pelo qual a Vigilância poderia se orientar para caminhar.

Algumas ações são realizadas, como a interdição de obras para proteção da saúde.

Ao abordar o tema da informação para a gestão, aponta que as notificações poderiam gerar as informações iniciais para a intervenção em ambientes de trabalho. Considerando as dificuldades existentes para a notificação, poderiam ser adotadas outras estratégias, como a busca ativa em serviços de saúde com maior potencial de notificação (*à semelhança dos serviços sentinela*), fazer a diferenciação do tipo de necessidade de informação, e adequar as estratégias de notificação contínua e de inquéritos em períodos determinados.

Narrativas das entrevistas com trabalhadores de vigilância em saúde

C.G.R.

O retrato profissional

C.G.R., enfermeira de VISA distrital. Também tem formação em Direito.

Relação do seu serviço com o trabalhador informal

C.G.R. aponta que os dados das notificações não são analisados de modo a diferenciar os trabalhadores informais dos formais. Os acidentes graves são verificados, independentemente do tipo de vínculo com o mercado de trabalho.

A atuação da vigilância se dá nos acidentes graves ou em locais com frequência elevada.

Embora não haja levantamento de dados específicos dos trabalhadores informais, tem ideia de algumas categorias nas quais eles estão, por exemplo, na construção civil, ambulantes. Contudo, não sabe quais são os agravos à saúde que eles apresentam, não se tem o diagnóstico de situação e, portanto, sem ele, não consegue pensar em quais ações seriam necessárias, além daquelas que se destinariam a qualquer grupo.

Nas ações sanitárias, não se faz o levantamento do registro dos trabalhadores, a não ser quando a legislação sanitária exige o vínculo. São feitas orientações gerais sobre acidentes de trabalho, medidas de proteção dirigidas ao tipo de atividade, vacinação, independente do vínculo.

A VISA também deve fornecer orientação sobre utilização de EPIs, cuidados com a saúde do indivíduo (consultas, controle de PA, diabetes, cuidados gerais de saúde) e orientações sobre as condições do ambiente de trabalho.

Aponta como dificuldades para a realização das ações dirigidas aos trabalhadores informais a não uniformidade da atuação dos diferentes núcleos da Vigilância em Saúde, a diferença de visão entre os profissionais sobre a Saúde do Trabalhador, o olhar e a atuação fragmentados que limitam a abrangência da atuação, a ausência de análise do banco de dados do SINAN sobre os agravos de ST. *“É uma questão que está embutida no seu atendimento, faz parte do olhar abrangente. Enxergar além do motivo que originou o procedimento. Às vezes, acho que é uma ação que deve ser realizada pela equipe de ST, porque ela está mais preparada para situações graves. Se verificar que tem questões específicas, posso remeter à equipe de ST. Mas o básico todos tem que ter.[...]Para o acidente de trabalho, a notificação que chega, lança a ficha no banco sem ver que ação poderia ser feita a partir dela. Só se for muito evidente, muitos ao mesmo tempo. Se for espaçado no tempo ou em vários serviços, não. Só alimenta o banco sem fazer análise.”*

Também fala da não incorporação da ST pela rede básica. *“A ST não é preocupação nas UBS, em relacionar o agravo ou evento com o que trabalha, o tipo de atividade”.*

Sobre a importância de informação para melhorar a atenção, aponta necessidades e faz sugestões: conhecer onde estão os trabalhadores; nas ações de vigilância sanitária conhecer os vínculos dos trabalhadores; na vigilância epidemiológica, analisar as informações geradas pelo SINAN, como tipo de agravo, faixa etária, sexo, local de residência e de trabalho; nas UBS, relacionar o agravo ao trabalho que desenvolve e registrar em prontuário e SVE-2. Levantar informações adicionais é interessante, mas conhecer aquilo que já é produzido e registrado (SINAN) já é suficiente para organizar a ação de Vigilância.

A possibilidade de intervenção é a orientação.

Afirma que conhecer a existência da informalidade não modifica a ação, mas deve-se avaliar o risco em cada situação e modificar a ação em função das condições daquele caso.

Narrativa – J.F.L.

O retrato profissional

J.F.L., engenheiro de equipe distrital de vigilância em saúde.

O serviço de vigilância e a atenção à saúde do trabalhador informal

J.F.L. relata que os principais trabalhadores informais são os catadores de materiais recicláveis e os catadores de areia. Ao descrever as atividades e o processo de trabalho, identifica os riscos a que estão expostos. Os catadores de recicláveis têm um trabalho precário; fazem depósito e a separação no quintal, vendem para a cooperativa o material selecionado. Há risco de acidente com material perfuro-cortante (agulha, caco de vidro, chapa de metal). O catador atravessa a cidade para buscar resíduo do outro lado; há a exaustão pelo trabalho. Os catadores de areia cortavam os pés com caco de vidro e se expunham à água do rio Capivari Mirim, atrás do Distrito Industrial, muito contaminado por efluentes. A miséria é muito grande e a intervenção é pequena perto do problema. Eles têm que catar muita areia para conseguir sobreviver. Esses trabalhadores fazem muito esforço físico. Lembra o projeto TRAPP, realizado entre a universidade, a vigilância e a unidade básica, no qual foram identificadas essas situações e foram realizadas algumas ações, como a vacinação e o fornecimento de botas e luvas. Avalia que a intervenção é complexa, envolve questões ambientais e de higiene, muitas outras coisas.

Acha que a vigilância não está preparada para esse tipo de trabalho; que a vigilância deveria conseguir e fornecer EPI para eles, a despeito do que acham

alguns colegas que discordam dessa atitude, devido ao fato dos trabalhadores terem vendido os materiais que receberam. Acredita que não adianta autuar esses trabalhadores como se faz em atividades de trabalhos formais.

Aponta como dificuldade para esse trabalho a inexistência de recursos financeiros para providenciar esses materiais, além da postura resistente de alguns colegas. Para tirar o mínimo de precariedade precisa de financiamento.

Também aponta a dificuldade de envolvimento da gestão em projetos como esses, de modo a permitir o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que foram essenciais para realização das ações no território. Alguns ACS tem uma proposta de trabalho conjunto em borracharias.

Os trabalhadores informais não procuram o CS. Eles sofrem preconceito, são quase indigentes. O TRAPP pode ter aproximado um pouco, apenas.

Outra dificuldade é que eles mudam de lugar, constantemente.

Sugere que a prefeitura pudesse remunerar os catadores de recicláveis com salário, como estímulo ao trabalho mais seguro e organizado.

Ao abordar o tema da informação aponta que o atendimento às reclamações pelo sistema 156 pode ser uma fonte de informação sobre os informais. Ao chegar ao local, pode-se ver que se trata de atividade informal. Geralmente, faz-se só orientação verbal; mas em um determinado caso, foi feito um auto, mesmo com informações incompletas. Deixaram por escrito e surtiu efeito. Mas foi uma exceção, pois na maioria das vezes a orientação verbal é a primeira escolha. Se não surtir efeito, procuram uma alternativa. Destaca a importância de haver registro da ocorrência e sugere usar a guia de orientação sanitária ao invés de um auto de infração. No entanto, alerta que pode-se registrar tudo e não fazer nada!

A notificação no SINAN é feita a partir da CAT. Há dificuldade com o código de ocupação, se não for preenchido, o sistema não permite inserção e a classificação das ocupações é limitada.

O trabalhador informal não vai falar que é trabalhador. Pode achar que vai ser penalizado se for notificado. (*Cultura da informalidade?*)

Poderíamos melhorar a abordagem desses trabalhadores nos atendimentos que já fazemos.

Sugere utilizar a RAAT também para os CS, ao invés do SINAN, pois ela é mais simples e de fácil preenchimento.

Narrativa de entrevista com gestor de serviço de referência de saúde do trabalhador

Narrativa – A.P.B.

O retrato profissional

A.P.B., engenheiro, gestor de unidade de referência de saúde do trabalhador.

O serviço que gerencia e a atenção à saúde do trabalhador informal

O gestor aponta que o serviço atende a todos os trabalhadores, porém, os trabalhadores informais são muito poucos, não é uma demanda que chega ao serviço de referência de saúde do trabalhador e não gera destaque como grupo.

A principal demanda é de trabalhadores formais. Se vão até o serviço de referência o fazem por encaminhamento de alguma UBS.

Não há ação específica voltada para o trabalhador informal. O trabalho com informais é esporádico e cita como exemplo as cooperativas de reciclagem de resíduos, trabalhos desenvolvidos por algumas VISAS em conjunto com as UBS.

A Vigilância em Saúde está pautada na formalidade e considera necessário que haja alguém que responda pelo local de trabalho, prevalecendo a pessoa jurídica. O que se pretende é intervir sobre os riscos no ambiente de trabalho e alguém precisa assumir a responsabilidade pelo local para mudar o que precisa.

Acha que o trabalhador informal está no mercado de trabalho e exposto a riscos; pode até mudar, mas envolve outras coisas que dificultam a mudança. O dinheiro deles é muito pouco para investir em mudanças, como melhorar o carrinho, usar o protetor solar, luva, bota, manga comprida, calça.

O que a Vigilância pode fazer é ação educativa, de orientação, mas não tem o impacto que tem na pessoa jurídica, a quem se imputa a responsabilidade. Não se pode penalizar. Há limites: cultura, financeiro, da formação, a linguagem o tempo disponível para participar de ações educativas, a dificuldade em mobilizar esse grupo.

Reconhece que há risco para a saúde e que pode melhorar poucas coisas no processo de trabalho dos informais.

Tem a certeza de que o SUS os atende, ainda que com limitação de tempo e de profissionais.

Aponta como dificuldades para a realização de ações com os informais a sua não identificação, o não estabelecimento de relação entre seu problema de saúde e o trabalho, a inexistência de notificações por parte dos CS. Para as VISAS, está colocada a dificuldade da inexistência da pessoa jurídica, ou seja, a Vigilância não sabe lidar com a informalidade. Acrescenta que o processo de trabalho da Vigilância não está pautado nas necessidades de saúde desses trabalhadores.

Por fim, fala da limitação de recursos para executar todas as ações necessárias e que não é possível “abraçar o mundo”.

Aponta a existência de outras ações além da vigilância, como Assistência para os trabalhadores. Ações de educação para determinados segmentos, que acontecem por outros serviços, por CS e VISA.

Ao abordar o tema da informação relata que esse grupo não aparece como problema e que é necessário quantificá-lo. A notificação seria uma forma, mas é insipiente. E se pergunta como poderíamos identificar esse grupo e mostrar os riscos a que estão expostos, apontando que no mercado informal há condições mais precárias por limitação financeira e cultural e não há ninguém cobrando. Cita o exemplo do artesão de madeira com riscos de exposição a solventes e a cortes. A autonomia que o trabalhador tem é relativa; precisa produzir, não é igual ao formal.

Narrativa de entrevista com profissional de serviço de referência de saúde do trabalhador.

Narrativa – M.H.C.

O retrato profissional

M.H.C., assistente social de serviço de referência de saúde do trabalhador

O serviço de referência de saúde do trabalhador e a atenção à saúde do trabalhador informal

M.H.C. relata que os trabalhadores chegam ao serviço de referência de saúde do trabalhador com vínculo com as empresas. Chegam com a intenção de provar que a doença é do trabalho, com o objetivo de uma ação judicial trabalhista. Por levar muito atestado ou por pedir CAT é demitido. Vão procurar outro emprego e as

empresas fecham as portas, eles não passam no exame admissional. Inicialmente, procuram emprego na sua função; depois mudam para outra atividade sobre a qual têm controle. Se forem trabalhar na linha de produção possuindo uma limitação não conseguirão desempenhar a função com a produtividade esperada. Depois de adoecerem, perderem o emprego e não conseguirem se colocar novamente no mercado formal, passam a exercer atividades no mercado informal de trabalho.

Informa que os agravos mais frequentes que os trabalhadores informais apresentam são, em primeiro lugar, a LER/DORT em pescoço, ombro, membros superiores. Depois, depressão, síndrome do pânico, dor crônica. Relata que eles gostam do que fazem, mas fazem mais do que poderiam. Quando adoecem, demoram pra assumir que a doença está relacionada ao trabalho. Não querem adoecer e tentam o máximo que conseguem.

Considera que o serviço está preparado para atender aos trabalhadores informais, pois não é condição para o atendimento estar no mercado formal ou informal; o que interessa é a relação da doença com o trabalho.

Descreve as ações que decorrem do atendimento ao trabalhador.

No começo da doença, solicita à empresa para que o mude de função. Quando a doença é mais avançada, precisa ser afastado. Se o afastamento for prolongado ocorre quebra de sua rotina e perde a perspectiva de volta ao emprego e ainda está doente. Isso tem consequências na sua vida pessoal. Não consegue fazer suas atividades rotineiras de casa, de higiene, de cuidados pessoais; a pessoa se sente inválida. *“Isso tem consequências na sua vida pessoal. Não consegue fazer suas atividades de casa, de higiene, de cuidados pessoais; se sente inválida”*. Há o agravante de que, erroneamente, o INSS não reconhece o transtorno mental.

São oferecidas ações de assistência à saúde. Cita como exemplo os pedreiros com lesões na pele por dermatoses de contato. As ações são o acolhimento,

depois a consulta médica, o teste de alergia e as orientações. Como informal não tem direito ao afastamento, portanto vai arcar com o ônus da falta do trabalho e do rendimento. Orienta a ter vínculo com a previdência, usando sua situação de vida e as dificuldades que enfrenta para convencê-lo; também orienta a procurar a DRT. Cita que o governo tem incentivado a formalização por meio de redução de alíquotas de 20 para 11% de contribuição.

Apona que para o serviço desenvolver suas ações junto aos trabalhadores informais tem apenas a dificuldade com o afastamento do INSS, que ele não tem direito. Assim, a dificuldade está em o trabalhador poder respeitar o tempo de afastamento necessário.

Sobre o tema da informação para a organização da atenção à saúde desses trabalhadores, avalia que com a implantação da RAAT, que é diferente da CAT, o SUS de Campinas vai olhar para a população trabalhadora. Relata que já foi implantada em dois pronto-atendimentos. Também aponta que o SINAN pode ser alimentado com as informações da RAAT.

Apona que a partir das informações geradas podem-se conhecer as categorias, os agravos, os segmentos do corpo atingidos e a frequência. E, principalmente, pode-se dar visibilidade a esse grupo. Destaca que eles não têm a quem recorrer senão ao SUS. Demonstra a preocupação com o sustento dessas pessoas. E refere que eles devem estar expostos a maior risco em suas atividades profissionais, pois o “gato” não está preocupado em dar EPI.

Narrativa de entrevista com gestor de serviço de referência de reabilitação.

Narrativa – M.R.N.

O retrato profissional

M.R.N., psicóloga, gestora de unidade de referência em reabilitação.

O serviço de saúde e a atenção à saúde do trabalhador informal

A gestora explica que o serviço tem como missão atender às pessoas com deficiência, independentemente do recorte pelo vínculo com o mercado formal ou informal de trabalho. Atende a todos indistintamente, devido à universalidade do SUS.

Considera a relação com o trabalho como um dos pilares da reabilitação, ou seja, a própria reabilitação para o trabalho.

São desenvolvidas ações de capacitação profissional em conjunto com outras entidades e órgãos, como CEPROCAMP, Ministério do Trabalho, Secretaria de Trabalho e Renda, encaminhamento ao INSS, usando da prerrogativa da lei de cotas, na perspectiva da obtenção do trabalho formal e participam do Núcleo Pró Igualdade de oportunidades no trabalho e pela não discriminação. Essas ações devem atingir os trabalhadores que estão na informalidade por opção e aqueles que não têm a opção da formalidade. Procuram engajá-los em redes de apoio solidário.

Não há dificuldade em reconhecer o trabalhador informal entre os usuários do serviço. Podem reconhecê-lo rapidamente nos atendimentos, especialmente do serviço social. Porém, não há registro destacado. O trabalho é frequentemente a etiologia dos problemas de saúde que eles apresentam. Essa informação é obtida no contexto de vínculo com os profissionais que participam do cuidado. Contudo, não há ações organizadas especificamente para esse grupo.

Aponta que o serviço poderia avançar dando apoio às pessoas que desenvolvem suas atividades em casa, no sentido do desenvolvimento do cooperativismo para o trabalho, porém falta tempo e espaço para apoiar essa organização. Indica a necessidade de destacar a informação do informal, relatando que não há sistema de informação bom de nada. Sugere que houvesse na ficha de acolhimento informações que orientassem a identificação do risco relacionado à família, ao trabalho, à assistência à saúde, ao parto. Aponta também que não há fluxo organizado para notificação de nada, além de violência e que nunca usaram a

ficha de violência. Reivindica apoio para o Núcleo de Saúde Coletiva para o que deve ficar atenta, a que fatos, fatores importantes, especialmente para as doenças não transmissíveis.

Narrativa de entrevista com profissionais de serviço de referência de reabilitação.

Narrativa – R.F.P.S.P.

O retrato profissional

R.F.P.S.P., fisioterapeuta de unidade de referência em reabilitação. Já foi gestora dessa unidade.

O serviço de reabilitação e a atenção à saúde do trabalhador informal.

A fisioterapeuta informa que os trabalhadores informais são atendidos tanto quanto outros. Eles chegam por várias razões. Podem ser encaminhados com agendamento de onde passaram no primeiro atendimento, seja qualquer tipo de unidade (SAID, hospital, CS) e por procura espontânea, para troca de prótese ou órtese. Também vêm de convênios quando precisam do SUS para reabilitação.

Em casos de pós-operatório, pós AVC, TCE, é uma urgência, portanto, considera-se porta aberta e já fica no serviço.

Identifica os agravos apresentados pelos pacientes atendidos (*independentemente de serem TI*) como sendo de frequência a dor crônica, principalmente em coluna. São patologias ligadas à coluna vertebral; artroses, lombalgia mecânica. Há um aumento de TCE e sequelas provenientes da violência, especialmente por acidentes de trânsito, acidentes com moto, o trabalhador motoboy.

Considera o serviço preparado para o atendimento dos trabalhadores informais.

Relata como ocorre o atendimento dos usuários, incluindo os trabalhadores informais. Identificam o informal no acolhimento pela história de vida, o contexto social, onde mora, se tem renda, com quem mora, para saber como compor seu projeto terapêutico. No decorrer dos atendimentos de retorno, com a criação de vínculo, também surge a informação da informalidade, pois nem sempre o usuário fala no primeiro momento.

As ações propostas dependem do tipo de deficiência (transitória ou permanente). O serviço social irá avaliar a situação econômica familiar e oferecer alguma coisa como apoio de voluntários, cesta básica, BPC (benefício previdenciário continuado), auxílio doença. Avaliará se há dentro da família outras pessoas que possam trabalhar. A terapia ocupacional irá avaliar se existem outros recursos que podem ser utilizados pelo paciente na sua recuperação. Em oficina terapêutica, por meio de atividades de trabalhos artesanais, aprendem alguma coisa que pode ser nova fonte de trabalho e renda.

Relata que as dificuldades são comuns a todos os pacientes. São elas: espaço pequeno em relação à demanda, as salas improvisadas, pois aumentou o número de profissionais e não há salas suficientes. A oferta de transporte para os pacientes (PAI e ambulância 1 x/semana) é menor do que a demanda. O serviço poderia atender mais vezes e é necessário; o atendimento interdisciplinar é marcado todo no mesmo dia para facilitar para o paciente, mas não é suficiente.

Não conseguem manter as oficinas de convivência por falta de espaço. O convívio social beneficia muito aqueles que têm deficiência permanente. O vínculo com o serviço é forte.

As oficinas de formação de mão de obra carecem de outros profissionais que poderiam qualificar o aprendizado.

Em relação às oficinas de produção, relata que há dificuldade em ingressar com os produtos no mercado.

Encaminhar para empresas é mais difícil. Precisaria de uma incubadora, mas não dispõem de espaço nem de pessoal para acompanhamento da frequência desses pacientes em seus novos trabalhos.

Não sentiu necessidade de destacar a informação referente ao trabalhador informal das demais até o momento. Acha que para o serviço social essa informação faça toda diferença e que ela seja colhida.

Ao pensar se é possível intervir no risco a que esses trabalhadores informais estão expostos, propõe ações no campo da educação, com atividades físicas, levar para os CS, formar profissionais para desenvolver ações educativas com sua população, TV em sala de espera com vídeos educativos.

Narrativa – E.I.

O retrato profissional

E.I., médico de serviço de referência em reabilitação.

O serviço de reabilitação e a atenção à saúde do trabalhador informal.

O médico informa que esse é um serviço de referência e que atende a todos os trabalhadores, incluindo os informais, os precários. *“Atendemos a todos os trabalhadores, incluindo os informais, os precários”*. Entre os informais, há aqueles sem vínculo de trabalho, os sem previdência e os demitidos. Destaca a sua experiência anterior no ambulatório do entreposto de alimentos, local que possui trabalhadores informais, precários, sem vínculo e chama a atenção para a responsabilidade que a administração do entreposto também possui em relação a esses trabalhadores, ainda que não haja vínculo.

Os agravos que eles apresentam sofrem um viés pelo escopo do serviço, que é de reabilitação física e recebe pacientes referenciados. São relativos ao aparelho locomotor (neurologia, ortopedia, reumatologia) de múltiplas causas e graus diversos. Informa que recebem casos mais complexos, que não puderam resolver

em outros serviços, como nas UBS, em hospitais do SUS e do serviço de referência de saúde do trabalhador. E ainda, que têm pacientes compartilhados com esse último serviço.

Considera que o serviço está preparado para realizar o atendimento dos trabalhadores informais e descreve as ações e como são realizadas.

Os pacientes vêm pelo problema físico da diabetes, hipertensão, amputação, múltiplos agravos e são compartilhados com a UBS. Não há posto de coleta e de dispensação de medicamentos. A Vigilância Epidemiológica vem dar matriciamento e retorno às UBS e ao Distrito, encarando a deficiência como um evento sentinela.

Estabelece-se uma rede de comunicação, de referência e contra referência. A qualidade dessa comunicação tem a ver com a atitude do profissional; funciona melhor em serviços mais estruturados.

Oferecem práticas integrativas, como a craniopuntura e a acupuntura coreana (com as mãos).

Oferecem também fisioterapia, que está em situação limite, especialmente para o atendimento de crianças com traumas.

As duas assistentes sociais orientam sobre os recursos que a sociedade oferece, como o benefício previdenciário continuado (BPC), orientação jurídica, associação de beneficiários que luta contra os maus tratos feitos pelo sistema previdenciário.

Destaca as atividades do projeto “Repensando o trabalho” que tem por objetivo a inclusão e reabilitação profissional.

Utilizam-se das prerrogativas da lei de cotas, em conjunto com CEPAT, para realizar o programa de inclusão profissional (PIP).

O médico declara que *“o trabalho em rede potencializa o efeito das ações”*.

E ainda, destaca o papel do serviço em realizar o matriciamento no SUS.

Ao abordar as dificuldades enfrentadas pelo serviço, aponta que há limitações do SUS como o subfinanciamento, a precariedade das condições de trabalho e infraestrutura insuficiente. Fala da impotência diante de coisas que estão fora da governabilidade.

Aborda a categoria tempo. Fala da escassez de tempo para reuniões para poder discutir e aperfeiçoar o trabalho; a alternativa que encontram é retirar tempo da assistência, o que traz prejuízo ao serviço.

Fala da dificuldade para disseminar as informações que existem. O núcleo de Saúde Coletiva está produzindo, trabalhando. O funcionário administrativo é sobrecarregado. Acredita que o uso do SIGA vai ajudar.

Aponta a necessidade de haver tempo para discussão de caso em reunião geral, a partir dos problemas e para discutir o modelo de reabilitação.

“Espero que eu tenha ajudado a você, no seu estudo, e a outras pessoas como eu, que precisam muito do SUS.”

(fala de um trabalhador entrevistado)

