



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**

ANDRÉA GARBOGGINI MELO ANDRADE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
TECENDO A REDE DE CUIDADO DO USUÁRIO-TRABALHADOR NO
TERRITÓRIO**

Salvador
2019

LOMBADA

ANDRÉA GARBOGGINI MELO ANDRADE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
TECENDO A REDE DE CUIDADO DO USUÁRIO-TRABALHADOR NO
TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima.

Co-orientador: Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves.

Salvador
2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Andrade, Andréa Garboggini Melo

Atenção primária à saúde: tecendo a rede de cuidado
do usuário-trabalhador no território / Andréa
Garboggini Melo Andrade. -- Salvador, 2019.
197 f.

Orientadora: Mônica Angelim Gomes de Lima.

Coorientador: Robson da Fonseca Neves.

Dissertação (Mestrado - Programa de pós-graduação em
Saúde, Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal
da Bahia, Universidade Federal da Bahia/Departamento
de Medicina Preventiva e Social, 2019.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Rede de Atenção à Saúde. 4. Cuidado Integral.
5. Vigilância à Saúde do Trabalhador. I. Lima, Mônica
Angelim Gomes de. II. Neves, Robson da Fonseca. III.
Título.

ANDRÉA GARBOGGINI MELO ANDRADE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
TECENDO A REDE DE CUIDADO DO USUÁRIO-TRABALHADOR NO
TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 29 de maio de 2019.

Mônica Angelim Gomes de Lima _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.
Universidade Federal da Bahia

Elizabeth Costa Dias _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria do Carmo Soares de Freitas _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Robson da Fonseca Neves _____

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.
Universidade Federal da Paraíba

Dedico esta dissertação a todas as trabalhadoras e trabalhadores brasileiros como uma forma de contribuir na luta pelo seu reconhecimento e cuidado integral no Sistema Único de Saúde.

TRABALHADOR

(Seu Jorge)

Está na luta, no corre-corre, no dia-a-dia
Marmita é fria mas se precisa ir trabalhar
Essa rotina em toda firma começa às sete da manhã
Patrão reclama e manda embora quem atrasar

Trabalhador...
Trabalhador brasileiro
Dentista, frentista, polícia, bombeiro
Trabalhador brasileiro
Tem gari por aí que é formado engenheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador...

E sem dinheiro vai dar um jeito
Vai pro serviço
É compromisso, vai ter problema se ele faltar
Salário é pouco não dá pra nada
Desempregado também não dá
E desse jeito a vida segue sem melhorar

Trabalhador...
Trabalhador brasileiro
Garçom, garçonete, jurista, pedreiro
Trabalhador brasileiro
Trabalha igual burro e não ganha dinheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador...

ANDRADE, Andréa Garboggini Melo. Atenção Primária à Saúde: tecendo a rede de cuidado do usuário-trabalhador no território. 197 f. 2019. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

Resumo

O reconhecimento do usuário-trabalhador na interação com os profissionais da Atenção Primária à Saúde é uma etapa fundamental para a implementação das ações de saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Este estudo se propôs compreender como se dá o processo de interação do usuário-trabalhador com os profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família, analisando as demandas de saúde relacionadas ao trabalho que emergem deste contato, quanto às barreiras para tal reconhecimento. Adotou-se a perspectiva etnográfica, com foco na etnografia de saúde, para produção dos dados, priorizando a observação participante e entrevistas situadas com usuários e profissionais de saúde. O trabalho de campo ocorreu no período de abril a outubro de 2018. O processo analítico e interpretativo tomou as cenas produzidas, guiadas pelas conversações, emergindo o (não)reconhecimento de demandas de saúde do trabalhador no contexto de trabalho daqueles profissionais de saúde como hipótese campo. Por outro lado, foram identificados disparadores que despertam interesse do profissional de saúde em saber se o usuário trabalha, o que faz, há quanto tempo, ou se tem tempo de contribuição para aposentadoria, demonstrando que há sim um reconhecimento do “usuário-trabalhador” pelo profissional de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde. Porém, o estudo revela que a maneira como tais informações são tratadas no contexto da unidade de saúde da família se mostram insuficientes para a produção do cuidado à saúde do trabalhador nos moldes do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A análise apontou que, para além da abordagem queixa-conduta do profissional de saúde, há uma diversidade de aspectos que se constituem como barreiras para a abordagem do “usuário-trabalhador” neste nível de atenção à saúde. Tais aspectos foram agrupados de modo a demonstrar diferentes camadas (política, territorial, trabalho real e individual), sobrepostas, que contribuem para ofuscar a visão do profissional, retardar ou interditar a sua ação (identificação, atendimento, coordenação do cuidado). O estudo contribui para “desembaraçar” os fios e articular os pontos da Rede de Atenção à Saúde para o cuidado integral à saúde do trabalhador no SUS, a partir da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, atenção primária à saúde, integralidade, vigilância à saúde do trabalhador.

ANDRADE, Andréa Garboggini Melo. Primary Health Care: weaving the user-worker care network in the territory. 197pp. 2019. Master Dissertation – Bahia Medical School, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

Abstract

The recognition of the user-worker in the interaction with the Primary Health Care professionals is a fundamental step for the implementation of the worker health actions in the Network of Health Care of the SUS (Brazil's National Health System). This study aimed to understand how the process of user-worker interaction with the health professionals of a Family Health Unit, analyzing the work-related health demands that emerge from this contact, regarding the barriers to such recognition. The ethnographic perspective was adopted, focusing on health ethnography, for data production, prioritizing participant observation and interviews with users and health professionals. The fieldwork took place from April to October 2018. The analytical and interpretative process took the produced scenes, guided by the conversations, emerging the (non) recognition of workers' health demands in the work context of those health professionals as field hypotheses. On the other hand, triggers were identified that arouse the health professional's interest in knowing if the user works, what they have been doing, for how long, or if they have had time to contribute to retirement, demonstrating that there is a recognition of the "user-worker" by the health professional in the context of Primary Health Care. However, the study reveals that the way such information is treated in the context of the family health unit is insufficient for the production of worker health care how it is recommended by the National Health Policy of the Worker. The analysis pointed out that, besides the health professionals' complaint-conduct approach, there are several aspects that constitute barriers to the "user-worker" approach at this level of health care. These aspects were grouped in order to demonstrate different layers (political, territorial, real work and individual), overlapping, which contribute to blur the professional's view, delay or interdict their action (identification, care, coordination of care). The study contributes to "untangle" the threads and articulate the points of the Network of Health Care for the integral health care of workers in the SUS, based on Primary Health Care.

Keywords: worker health, primary health care, comprehensiveness, worker health surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Rede de atenção à saúde do DSBRV	42
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais da USF Federação por equipe	44
Figura 1 - Esquema representativo da trajetória da pesquisadora para produção do <i>corpus</i> empírico	49
Figura 2 - Representação da diversidade de demandas do usuário adulto atendidas nos espaços do acolhimento e consulta agendada	131
Quadro 3 - Disparadores para o reconhecimento do usuário-trabalhador e suas necessidades de saúde	132
Figura 3 - Representação das diferentes camadas com barreiras e suas repercussões para o reconhecimento do usuário-trabalhador na USF Federação	163
Figura 4 - Rede de sentidos das repercussões para o reconhecimento do usuário-trabalhador	165

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde
AVC Acidente Vascular Cerebral
CAPS Centro de Atenção Psicossocial,
CATO Clínica de Acidentados, Traumatologia e Ortopedia
Cecom Centro Comunitário
CEO Centro de Emergência Odontológica,
CEP Comitê de Ética e Pesquisa
Cepred Centro de Prevenção e Reabilitação do Portador de Deficiência
Cerest Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Cesat Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CHR Centro de Hidratação e Recuperação
COT Clínica de Ortopedia e Traumatologia
CRAS Centro de Referência de Assistência Social
DS Distrito Sanitário
DMPS Departamento de Medicina Preventiva e Social
DSS Determinante Social de Saúde
eAB Equipe de Atenção Básica
eCR Equipe de Consultório na Rua
eSF Equipe de Saúde da Família
ESF Estratégia de Saúde da Família
FAMEB Faculdade de Medicina da Bahia
IBIT Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose
NASF-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PA Pronto Atendimento
PMAQ Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNST Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPSUS Projeto de Pesquisa para o SUS
RAS Rede de Atenção à Saúde
RENAST Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

ST Saúde do Trabalhador

UBS Unidade Básica de Saúde

UFBA Universidade Federal da Bahia

USF Unidades de Saúde da Família

USF Unidade de Saúde da Família

UPA Unidade de Pronto Atendimento,

Visat Vigilância em Saúde do Trabalhador

Visau Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	RECONHECIMENTO DO USUÁRIO-TRABALHADOR COMO UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL	20
1.2	A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS	22
1.3	TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO: PARA ALÉM DOS LIMITES GEOGRÁFICOS	25
1.4	A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS.	27
2	OBJETIVOS.....	30
3	TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	31
3.1	ARRUMANDO AS MALAS PARA INICIAR A CAMINHADA.....	31
3.2	DE QUE LUGAR EU FALO?.....	34
3.3	O “CENÁRIO” E OS “ATORES” DA PESQUISA	37
3.3.1	Caracterização do “Cenário” da Pesquisa	37
3.3.2	Os “Atores” da Pesquisa.....	42
3.4	A CHEGADA COMO PONTO DE PARTIDA	44
3.5	CONSTRUINDO O “ENREDO”: PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4	O “ENREDO” - SAÚDE DO TRABALHADOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPREENDER LIMITES PARA VISLUMBRAR POSSIBILIDADES.....	53
4.1	TERRITÓRIO DA USF FEDERAÇÃO: AQUI O TRABALHO PULSA!	53
4.1.1	E de nossa saúde, quem vai cuidar? O cuidado do profissional-trabalhador em evidência.	58
4.2	O (NÃO)RECONHECIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DA USF FEDERAÇÃO.....	91
4.2.1	Quem é o usuário-trabalhador e quais as suas demandas de saúde: a percepção de profissionais da USF Federação.....	93
4.2.2	O (não)reconhecimento do usuário-trabalhador e suas demandas de saúde nos espaços de interação da USF Federação: percepções materializadas em “realidades cênicas”?	101
4.3	DISCUTINDO “BARREIRAS” PARA A EFETIVAÇÃO DA REDE DE CUIDADO DO USUÁRIO-TRABALHADOR NO TERRITÓRIO.	162
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
	REFERÊNCIAS.....	182
	APÊNDICES	191

1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento do usuário-trabalhador¹ no contexto de trabalho dos profissionais da atenção primária à saúde (APS) é uma etapa fundamental para a implementação das ações de saúde do trabalhador (ST) na Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS). Tais ações têm como instrumento orientador a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), que reconhece a APS como componente central da RAS para produção de informações sobre as atividades produtivas, perfil da população trabalhadora do território e suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012a).

Garantir a integralidade da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS; possibilitar a compreensão do trabalho como um Determinante Social de Saúde (DSS) e a transversalidade da saúde do trabalhador nos pontos e instâncias da RAS; incorporar a categoria trabalho nas análises de situação de saúde e ações de promoção em saúde; assegurar a identificação da situação de trabalho dos usuários e possíveis demandas de saúde relacionadas ao trabalho; são os objetivos previstos pela PNST que mais se aproximam do objeto a ser apresentado aqui.

A importância especial atribuída à APS justifica-se por se constituir como ponto central (“nó”) da estrutura organizacional da RAS para o usuário-trabalhador no SUS. Um ponto com atributos que lhe conferem um papel estruturante para a organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013), ressaltando-se: porta de entrada principal do usuário no sistema, coordenadora do cuidado, de acordo com as necessidades de saúde da população e, portanto, ordenadora da RAS (BRASIL, 2017a).

¹ O termo “usuário-trabalhador” adotado nesse estudo considera a abrangência do termo trabalhador referido na PNST, contemplando todos os indivíduos adultos atendidos na APS, com idade a partir de 18 anos, independentemente do gênero, raça, forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo empregatício, sejam eles trabalhadores formal, informal e até ilegal, considerando as complexidades e diversidades de situações que poderão existir no território que será *locus* desse estudo.

O papel de ordenadora da RAS e de coordenadora do cuidado das demandas de saúde do trabalhador, ratificado pela PNST, traz para a APS a responsabilidade (dentre outras) de prover o reconhecimento e identificação do usuário-trabalhador e seu perfil social e ocupacional no território (BRASIL, 2012a).

Porém, uma diversidade de fatores tem contribuído para invisibilizar o usuário-trabalhador, constituindo-se enquanto barreiras para o seu reconhecimento pelos profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção. Além disso, uma vez reconhecidos, outros desafios são postos para as equipes de saúde da APS darem conta de ser resolutivas no atendimento das demandas de saúde destes usuários e, ativar a RAS para coordenação do seu cuidado na perspectiva da integralidade.

Lacerda e Silva e colaboradores (2014) ressaltam que ações de cuidado dos usuários-trabalhadores na APS têm sido pontuais e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos da PNST, sendo a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, o despreparo das equipes para as questões que envolvem as relações saúde-ambiente-trabalho e a falta de apoio institucional as principais dificuldades enfrentadas.

Apesar de os profissionais lidarem cotidianamente com as complexas relações saúde-ambiente-trabalho que se desenrolam nos territórios onde atuam, a 'condição de trabalhador' dos usuários e o reconhecimento do trabalho como um aspecto central na determinação dos processos saúde-doença está invisibilizado, ou mesmo marginalizado (DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012).

Dias e Lacerda e Silva (2013) discutem dificuldades e desafios enfrentados pelas equipes de saúde da família (eSF) para a integralidade da atenção à saúde do trabalhador. A insuficiência da formação dos profissionais de saúde para valorização de informações sobre o perfil do trabalhador atendido; a falta de qualificação das equipes e de suporte para desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat); critérios de adscrição às eSF direcionado apenas ao domicílio, não estando contemplados trabalhadores do território vinculados aos estabelecimentos comerciais; a alta rotatividade dos profissionais; precárias infraestrutura e condições de trabalho; inexistência/ineficiência de fluxos de regulação; maior absorção da carga horária dos profissionais com ações assistenciais; a

sobrecarga de trabalho e inadequações no processo de trabalho das eSF; a falta de orientação e de suporte aos profissionais da APS sobre o que fazer, quando do reconhecimento dos problemas de saúde do trabalhador (ST) (DIAS; LACERDA E SILVA, 2013), demonstram a complexidade posta para o cuidado à saúde do usuário-trabalhador na RAS, estando direta ou indiretamente relacionada com o seu reconhecimento.

Aspectos mais abrangentes, como o estereótipo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto modelo de APS seletiva, baixa valorização e desconhecimento dos gestores quanto à sua importância (MENDES *apud* AGUIAR, 2013); e, as distorções postas na versão revisada do texto orientador da organização da Atenção Básica² (AB) no SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), merecem atenção especial, uma vez que tendem a reforçar uma atuação baseada na abordagem queixa-conduta em detrimento da atuação baseada nos determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Como estratégia para ofertar o atendimento de demandas e necessidades de saúde da população de territórios definidos, a PNAB propõe uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017a). Porém, as mudanças impostas pela nova versão desta política põem em risco a implantação dos princípios e diretrizes do SUS ao relativizar a cobertura universal da APS; favorecer a segmentação do acesso, a recomposição de equipes mínimas (sem Agente Comunitário de Saúde (ACS)), a reorganização dos processos de trabalho; e, fragilizar a coordenação nacional da PNAB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Dar visibilidade ao reconhecimento do usuário-trabalhador e reforçar o importante papel da APS para tecer o cuidado integral na RAS, num contexto político e econômico adverso, marcado por decisões que contrariam os “direitos sociais”

² Para fins desse projeto de pesquisa, o termo Atenção Básica (AB), será substituído pelo seu equivalente, Atenção Primária à Saúde (APS), conforme previsto na PNAB (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

constitucionais da população brasileira, notadamente à saúde, ao trabalho e à previdência social (sem desconsiderar todos os outros), constitui-se como estratégia relevante em defesa do SUS, da garantia do trabalho digno e da qualidade de vida das pessoas. Uma forma de fazer enfrentamento às mudanças impostas por uma ideologia neoliberal em ascensão que caminha na direção da retirada de direitos e desconstrução do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), que tende a acentuar as desigualdades sociais e promover o impedimento da participação paritária dos indivíduos na vida social, reforçando, portanto, as injustiças sociais (FRASER, 2002; 2007).

Outros acontecimentos e medidas adotadas em âmbito nacional, que também se constituíram como pano de fundo do cenário no curso do desenvolvimento desta pesquisa, merecem destaque: a Emenda Constitucional nº 95/2016; a regulamentação da terceirização (Lei 13.429/2017); a Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017); a proposta de Reforma Previdenciária. Tais iniciativas demonstram a confluência de forças que se opõem aos princípios da seguridade e da proteção social, reúnem falsas promessas e *“atentam contra a arquitetura constitucional de proteção ao trabalho delineada pela Constituição de 1988.”* (ARAÚJO; DUTRA; JESUS, 2017, p. 563).

Como garantir a saúde de uma população que cresce em número de indivíduos e em complexidades de problemas sociais com restrição de disponibilidade orçamentária? Acredita-se que a instituição de um Novo Regime Fiscal no país por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016 vem acompanhada de consequências para a população em geral e, também, para os profissionais da saúde, aqui considerados aqueles que atuam na APS.

A limitação (por 20 anos) dos gastos públicos essenciais, como saúde, desrespeita o direito à saúde e desonera o Estado dos seus deveres constitucionais de provê-la para os indivíduos. Demonstra uma lógica contrária ao princípio da equidade que ameaça a saúde pública ao intensificar a precarização das condições para a prestação do cuidado à população em geral. Os baixos investimentos e uma tendência a regulamentação de um pacote mínimo de ofertas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018) de saúde para população reforça a ideia distorcida de que o SUS é para pobres.

A regulamentação da terceirização e a reforma trabalhista aprovadas em 2017, demonstram a tendência crescente à desresponsabilização do Estado com a proteção social do trabalhador, traduzida na legalização das flexibilizações das relações de trabalho e conseqüente perda de direitos. Os impactos negativos à saúde dos trabalhadores, acrescidos pelo aumento do desemprego e pela precarização das relações e condições de trabalho, certamente implicarão em aumento de demandas de Saúde do Trabalhador no SUS, especialmente na APS, o que reitera a relevância de ações voltadas para o reconhecimento dessas demandas pelos profissionais de saúde.

A precarização social do trabalho constitui-se como um processo em que se instala uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais (DRUK, 2011). A flexibilização e precarização das relações de trabalho e o crescimento do trabalho informal torna os trabalhadores vulneráveis a baixos salários e a condições de exploração da sua força de trabalho, sendo o medo e a ameaça do desemprego fatores preponderantes para submissão desses trabalhadores a condições mais adversas (DRUK, 2011), além de comprometer a busca pelo cuidado à saúde.

Outro aspecto que merece ser trazido para o bojo desta contextualização é o impacto dessas mudanças políticas e socioeconômicas em curso no país sobre o trabalho e, conseqüentemente, a saúde dos profissionais de saúde da APS. Por trabalharem próximo ao território de vida e de trabalho da população, poderão ser confrontados com o aumento de demandas decorrentes da violência urbana e da insuficiência de ações de promoção e proteção da saúde, além da intensificação do trabalho e da precarização dos vínculos e condições de trabalho a que são submetidos. Aspectos estes, que merecem ser considerados em que medida se constituem como barreiras para o reconhecimento do usuário-trabalhador.

Frente ao desafio posto para o cuidado integral do usuário-trabalhador e aos obstáculos para a implantação da PNST, o grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA), do qual a autora desse projeto é membro, está conduzindo o projeto de pesquisa intervenção interinstitucional

voltado para a implantação da PNST na APS, intitulado *Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir*³.

Compreender o cotidiano de trabalho das eSF em meio a um cenário tão adverso faz-se relevante para prosseguir com a proposta de implantação das ações de ST a partir da APS de forma contextualizada e, com o envolvimento dos diversos atores que fazem parte desta realidade. Uma estratégia para dar força ao “nó” que conduzirá o entrelaçamento dos fios que conduzirão o usuário-trabalhador na RAS.

Nessa perspectiva, como parte integrante do componente III do projeto interinstitucional, este estudo propõe a aproximação da pesquisadora da dinâmica de trabalho e atendimento de uma USF para produção de dados qualitativos. A fim de traduzir em texto a realidade observada, aproximou-se da perspectiva etnográfica, buscando-se compreender como se dá o processo de interação do usuário adulto com os profissionais de saúde e que demandas de saúde relacionadas ao trabalho emergem deste contato.

A imersão em campo e produção de dados qualitativos foram guiados pelas seguintes questões norteadoras: 1. como se dá a interação dos usuários-trabalhadores com os profissionais de saúde nos espaços da unidade de saúde da família? 2. Em que medida os trabalhadores de saúde identificam, reconhecem e respondem às demandas do usuário-trabalhador no contexto da sua interação com a unidade de saúde e as encaminham na RAS?

³ Trata-se de um projeto multicomponente desenvolvido por meio da integração de práticas envolvendo as instâncias municipal, estadual e federal, aprovado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS - edital 003/2017, Termo de Outorga: nº SUS0022/2018), com o propósito de produzir tecnologia de saúde voltada para a implantação da PNST na Estratégia de Saúde da Família em Salvador. As instâncias envolvidas estão representadas por técnicos e pesquisadores vinculados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Salvador (Cerest Salvador), à Unidade de Saúde da Família da Federação, ao Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, e à Universidade Federal (Bahia, Paraíba e Minas Gerais). Importante ressaltar que este é um projeto multicomponente, sendo o presente estudo parte das ações previstas para o Componente III - “*construindo o cuidado integral à saúde do trabalhador no território da Estratégia da Saúde da Família*”.

1.1

REC

RECONHECIMENTO DO USUÁRIO-TRABALHADOR COMO UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL

O reconhecimento do usuário-trabalhador, à luz das contribuições de Fraser (2003; 2007)⁴, ganha uma perspectiva institucional que dialoga com a necessidade de implementação da PNST (e demais políticas afins). Política(s) pública(s) que, se efetivada(s), favorecerão a luta contra as injustiças sociais impostas no atual contexto de acentuação das desigualdades e as conseqüentes privações de direitos daí decorrentes. Uma vez implementada(s), as tensões decorrentes do falso e/ou do não reconhecimento do usuários-trabalhador poderão ser amenizadas e o cuidado integral do trabalhador no SUS, de fato, seja garantido.

As contribuições de Fraser (2002; 2007) ampliam e fundamentam a discussão acerca do reconhecimento do usuário-trabalhador no contexto da interação com o profissional de saúde da APS. Por trás da abordagem dos profissionais, um sistema de valores sociais em crise é materializado. Um país cujas normas constitucionais defendem a dignidade humana, o direito ao exercício da cidadania plena com proteção social garantida pelo Estado, mas que tem sucumbido diante das pressões do mundo globalizado e das forças da ideologia neoliberal que acirra as desigualdades sociais e “reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde [...]” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 11).

O acirramento das injustiças sociais, ao tempo em que justificam a urgência da formulação e/ou institucionalização de políticas que venham atuar sobre as causas e conseqüências destes problemas, constituem-se como uma força que impõe resistência contrária.

⁴ Agradeço a minha orientadora, Mônica Angelim e, à professora Ana Angélica Trindade por terem me apresentado à Teoria Crítica do Reconhecimento de Nancy Fraser em sala de aula e pelas trocas estabelecidas que, além de esclarecedoras, muito contribuíram para ampliar minha compreensão acerca do reconhecimento do usuário-trabalhador no contexto da APS, para além da identificação de sua ocupação ou situação no mercado de trabalho.

O reconhecimento do usuário-trabalhador como uma questão de justiça social justifica a necessidade da retomada por reivindicações sociais organizadas pautadas na perspectiva bifocal da distribuição e do reconhecimento, orientadas pelo princípio normativo da *paridade de participação* entre os indivíduos adultos da sociedade. (FRASER, 2003).

A abordagem que proponho requer que se olhe para a justiça de modo bifocal, usando duas lentes diferentes simultaneamente. Vista por uma das lentes, a justiça é uma questão de distribuição justa; vista pela outra, é uma questão de reconhecimento recíproco. Cada uma das lentes foca um aspecto importante da justiça social, mas nenhuma por si só basta. A compreensão plena só se torna possível quando se sobrepõem as duas lentes. Quando tal acontece, a justiça surge como um conceito que liga duas dimensões do ordenamento social – a dimensão da distribuição e a dimensão do reconhecimento. (FRASER, 2003, p.4).

As contribuições de Nancy Fraser ajudam a compreender que, estando imersos num sistema de paridade de participação, usuários-trabalhadores e profissionais de saúde devem ter as suas singularidades respeitadas e reconhecidas, sem privações de direitos.

Os princípios do SUS dialogam com esta perspectiva, uma vez que defendem a redução das desigualdades sociais ao atribuir a saúde como um direito de cidadania, orientando o acesso universal, sem distinção de crença, sexo, raça ou ocupação; a redução das desigualdades na perspectiva da equidade; e, a valorização da voz e participação social. Conforme destaca Paim (2013, p. 1928), as políticas de saúde integram as políticas sociais do mesmo modo que o sistema de saúde é um dos componentes dos sistemas de proteção social, porém, na história do país, os projetos de governos não têm avançado para incorporação da reforma sanitária e nem uma demonstração de compromisso com o SUS.

Porém, as consequências dos processos de reestruturação produtiva e de globalização, atingem os segmentos da sociedade em diferentes proporções, trazendo insegurança, tensões e acirramento das desigualdades sociais e da exclusão social (MINAYO GOMEZ e COSTA, 1999). Os autores citados referem que até mesmo os trabalhadores formais têm sido atingidos pelo *processo de pauperização* decorrente da precarização das condições de vida e de trabalho e, “agravada pela

ausência de mecanismos de proteção social e associada à desestruturação/reconstrução de identidades geradas em torno do trabalho [...].” (MINAYO GOMEZ e COSTA, 1999, p. 412).

Neste sentido, estudos como o de Giatti e Barreto (2006) merecem consideração ao abordar a situação no mercado de trabalho (emprego/desemprego) para investigação de iniquidades em saúde, considerando a probabilidade de o indivíduo ficar doente e o acesso diferenciado aos serviços de saúde. No bojo desta discussão, os autores também associam às desigualdades sociais, a percepção de saúde (indicador subjetivo) e o grau de escolaridade, qualificação profissional e renda. Concluem reconhecendo a influência da posição socioeconômica sobre as condições de saúde, agravadas pelo desemprego, trabalho informal e exclusão do mercado de trabalho e, sugerem a valorização destes aspectos nos estudos sobre desigualdades em saúde.

A referência a estes estudos conflui com a necessidade de melhor compreender os aspectos relacionados ao não reconhecimento e ao falso reconhecimento dos usuários-trabalhadores como resultado, acima de tudo, da institucionalização das desigualdades e injustiças sociais.

1.2

A

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

No Brasil, a defesa da saúde como “direito de todos e dever do Estado” resultou da organização de seguimentos sociais engajados, cujo fortalecimento instaurou o movimento da Reforma Sanitária e culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil - Constituição Federal de 1988 – representou a institucionalização da participação social, vindo assegurar direitos e deveres individuais e coletivos a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2017b).

Sem perder de vista o significado acerca da relevância desse movimento social organizado, o direito à saúde passou a ser gradativamente perseguido e legitimado para a sociedade brasileira. A Lei 8.080/1990, por exemplo, dispôs sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes, implantando, para tanto, o Sistema Único de Saúde e, assegurando a participação social através dos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080 introduziram a atenção à ST no SUS ao orientarem o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e intersetoriais, que reconhecessem o processo saúde-doença nos ambientes de vida e de trabalho das pessoas (DIAS; LACERDA E SILVA, 2013). Em seu artigo 6º, a Lei 8.080/1990 atribui ao SUS o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, entendidas enquanto um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde de trabalhadores submetidos a riscos decorrentes de condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Apesar de sua transversalidade com as áreas do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente, Justiça, Desenvolvimento Econômico, dentre outras, a Saúde do Trabalhador no SUS representou uma mudança radical no modelo de saúde que, anteriormente ao texto constitucional conferia cuidado apenas para a população inserida no mercado formal de trabalho e que contribuía para a Previdência Social, com priorização da atenção hospitalar especializada (DIAS, M. 2013).

Conforme aborda Dias, M. (2013), apesar de o cuidado integral à ST estar regulamentado como responsabilidade do SUS desde a década de 1980, ainda não houve incorporação efetiva das concepções, paradigmas e ações com reconhecimento do lugar do “trabalho” na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental.

A saúde é resultado das condições objetivas de vida das pessoas e das relações que estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho (PAIM, 1986). Nesses termos, o autor defende que o desenvolvimento de ações de promoção da saúde requer o conhecimento e a intervenção sobre as condições de vida e de trabalho das pessoas. Ressalta a importância de o Estado Capitalista reconhecer o seu dever na garantia do direito constitucional à saúde de modo a orientar a formulação e integração de políticas públicas, não somente da saúde, mas econômicas e sociais. Uma concepção ampliada de saúde que demonstra a necessidade de intervenções sobre as condições econômicas determinantes das condições de vida e de trabalho

insalubres e, também, na estrutura jurídico-política que perpetua as desigualdades na distribuição de bens e serviços (PAIM, 1986).

A atenção à ST no SUS ganhou lugar de destaque com a criação da RENAST, em 2002, sendo atribuído aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) a coordenação do cuidado aos trabalhadores. Apesar de abrir possibilidades de avanços, essa estratégia também contribuiu para distanciar a área especializada da ST dos demais pontos da rede de atenção. O reconhecimento dessa realidade resultou na aprovação da Portaria MS n 2.437/2005 que reorientou a organização da RENAST, reforçando o papel dos Cerest e definindo a atenção básica como porta de entrada do trabalhador no sistema de saúde (DIAS et al, 2009).

Ainda em 2005, como desdobramento das deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Eixo 1 - Como Garantir a Integralidade e a Transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos (as) Trabalhadores (as), o papel estratégico da atenção básica é reconhecido, além da necessidade de incorporação das ações de atenção à ST na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente (atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade) (BRASIL, 2005).

A RAS foi constituída enquanto estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar efetividade e eficiência nas ações e serviços prestados ao usuário (BRASIL, 2010), tendo numa das suas motivações, a fragmentação do modelo de atenção à saúde vigente à época de sua instituição. Representa arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que visam à integralidade do cuidado, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

A APS, representada pela unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família, corresponde ao centro de comunicação das redes de atenção à saúde, sendo o “nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2010, p. 2301).

Nessa perspectiva e, também, considerando a capilaridade da APS, reafirma-se que essa estratégia assume papel de categoria central para o campo da Saúde do

Trabalhador, pela possibilidade de promover a horizontalização das ações com os demais pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Além disso, por se constituir o primeiro nível de atenção à saúde, a compreensão de como os agravos à saúde dos trabalhadores são significados nesse cenário faz-se relevante no sentido de identificar se as tecnologias de cuidado adotadas têm sido eficazes e, possibilitar o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, diagnóstico e manejo da incapacidade para o trabalho na RAS.

Dias; Lacerda e Silva (2013, p.31) apontam como possibilidades de contribuição das equipes da APS para garantia da atenção integral à saúde dos usuários-trabalhadores “o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população, e a sua incorporação no planejamento das ações”, ressaltando o sentido atribuído ao território pela PNST, enquanto espaço onde ‘habitam e transitam’ trabalhadores que realizam atividades produtivas e de trabalho no ou nas proximidades dos domicílios.

A proposta da rede de atenção é apresentada por Dias e colaboradores (2009) como em sintonia às “linhas de cuidado”, considerando a perspectiva da integralidade da atenção que articula: ações de promoção da saúde voltadas para condições ou doenças que requerem cuidados continuados de longa duração, ou por especificidades de grupos populacionais em função de risco e vulnerabilidade (DIAS et al, 2009). As autoras ampliam essa discussão ao defenderem as redes de atenção à saúde e o enfoque da territorialização como as características da atenção primária à saúde que favorecem a incorporação de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador no SUS.

1.3 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO: PARA ALÉM DOS LIMITES GEOGRÁFICOS

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN e BARCELLOS, 2005). A estratégia de territorialização vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS

(Estratégia Saúde da Família, Vigilância em Saúde Ambiental, por exemplo) representando grande potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

A territorialização representa um ponto de partida para identificação dos territórios de vida dos grupos sociais e suas práticas cotidianas, em que se dá o mapeamento dos percursos e fluxos diários, interações e a malha de redes microgeográficas, que serão úteis para o levantamento de necessidades e problemas de saúde da população (MONKEN e BARCELLOS, 2005; DIAS et al, 2009), o que Monken e Barcellos (2005) denominam de “epidemiologia geográfica do cotidiano”. Permite, também, o estabelecimento de vínculos, traduzidos na forma de elo de ligação e de responsabilidades, entre os serviços de saúde e a população adscrita; a avaliação do impacto das ações realizadas; o reconhecimento e/ou a identificação de exposições e situações de risco para a saúde decorrentes dos processos produtivos e condições de trabalho (DIAS et al, 2009).

Monken e Barcellos (2005) e Santos e Rigotto (2011) contribuem para o debate proposto por esse projeto de pesquisa defendendo a ideia de ‘território vivo’, que extrapola o espaço político-operativo do sistema de saúde. Mais do que uma extensão geométrica, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural em permanente construção (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Santos e Rigotto (2011) também defendem a ideia de território como um espaço dinâmico, ampliando a sua importância enquanto categoria analítica dos eventos saúde-doença, onde se dão as relações produção-trabalho e saúde-ambiente, ou seja, local onde se verifica a dinâmica viva do processo saúde-doença.

A ideia de espaço vivo e dinâmico é incorporada no *Guia PNAB Integração Atenção Básica e Vigilância à Saúde – volume I* (BRASIL, 2018b), que resgata as contribuições de Milton Santos no debate sobre determinantes sociais e condições de saúde por meio dos conceitos de espaço e território. Deste modo, o reconhecimento da influência dos fatores ambientais na determinação das condições de saúde e doença da população alerta para a importância de se perceber a dinâmica existente na interação da pessoa com o processo de adoecimento e participação social, fazendo despertar o interesse pela discussão dessa questão no território, aqui entendido enquanto espaço que representa o cotidiano vivido, onde se dá a interação entre os

usuários-trabalhadores, os profissionais de saúde e os serviços de saúde que dali emergem.

1.4 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS.

A integralidade da atenção é defendida por Silva, Miranda e Andrade (2006) enquanto a capacidade de profissionais e serviços de saúde interajam com os usuários, produzindo um território comum que possibilite o diálogo entre os sujeitos. Trata-se de uma interação capaz de ocorrer no cotidiano das práticas, tanto na oferta do cuidado como na organização da atenção à saúde tendo em vista buscar respostas positivas para as necessidades e demandas de saúde da população (SILVA, MIRANDA e ANDRADE, 2006).

Mattos (2001) recorre ao texto constitucional para resgatar a ideia de “atendimento integral” definido como uma prioridade do SUS, o que veio ser posteriormente traduzido, na Lei 8.080/1990, enquanto integralidade da assistência (SILVA et al, 2017). Mais do que uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, a integralidade representa “uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns [diria eu, por nós], desejáveis” (MATTOS, 2001, p.45).

Diferentes ênfases têm sido dadas à discussão sobre integralidade da saúde, sendo eles relacionados a: busca do profissional e do serviço em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta; organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo, na disciplina de epidemiologia, o apoio para apreender necessidades de saúde da população; definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos (MATTOS, 2001; SILVA, MIRANDA e ANDRADE, 2017; PINHO et al, 2007).

A integralidade, enquanto um dos princípios estruturantes do SUS, incorpora a ideia ampliada de saúde e, portanto, a orientação para a integração de ações de saúde voltadas para a promoção, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, o

que é favorecido pela integração entre as ações assistenciais e de vigilância à saúde, além da articulação intersetorial.

Enquanto um princípio basilar, tem orientado as políticas de saúde (PNAB e PNST, por exemplo) e as estratégias de organização da atenção à saúde no SUS, dentre elas, a RAS. Esta estratégia justifica-se notadamente pelas dificuldades enfrentadas para incorporação da integralidade da atenção, num contexto ainda marcado por práticas fragmentadas e desarticuladas (BRASIL, 2010), que terminam por onerar a saúde, individual e coletivamente. Mais um esforço para fazer acontecer a mudança de modelo de atenção proposta pela reforma sanitária, que compreendia *“a saúde da população é resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômica, política e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde.”* (PAIM, 2001).

A implantação das RAS é defendida por Mendes (2011, p. 18) como *“[...] uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.”* Enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, as RAS foram instituídas para possibilitar a integralidade do cuidado no SUS, numa perspectiva cuidado longitudinal e horizontalizado entre os pontos desta rede, sendo a APS o ponto central de comunicação (BRASIL, 2010). Esta atribuição justifica-se pela capilaridade da APS que possibilita a atuação multiprofissional próxima ao espaço de vida e trabalho das pessoas e, portanto, coordenar o cuidado integral orientado pelas necessidades de saúde das pessoas.

Maximino e colaboradores (2017) enriquecem este debate a partir de um “olhar para dentro” das redes demonstrando circunstâncias que as tornam mais potentes e, portanto, produtoras de saúde ou, quando as enfraquecem. Estes autores problematizam a dinâmica interação entre os aspectos formais e informais, (in)visíveis e, objetivos e [inter]subjetivos que podem favorecer ou dificultar a construção e amarração dos pontos que constituem a rede: serviços, pessoas e recursos para o cuidado. Apresentam, neste estudo, a concepção de *rede rizoma*, para expressar a produção da rede de cuidados a qual deve se dar por meio de:

“pontos e articulações, sem dentro e nem fora [...] mobilidade, flexibilidade em relação ao seu local e equipe de trabalho, reconhecimento da importância dessa função, possibilidades concretas de estabelecer comunicação, atitude atenta e disponível para acompanhar os processos, geralmente de alta complexidade.” (MAXIMINO, 2017, p. 439-40).

Deste modo, pensar a APS como ordenadora das demandas de ST no SUS a partir da *corporificação do rizoma*, é reconhecer a sua importância na identificação do usuário-trabalhador e suas demandas de saúde e, a partir daí, realizar a coordenação do seu cuidado nos diferentes pontos de modo a possibilitar o *agenciamento* dos seus “vários elementos, inclusive heterogêneos, “como o rizoma, a rede articula elementos heterogêneos como saberes e coisas, inteligências e interesses” (KASTRUP apud MAXIMINO et al, 2017).

2 OBJETIVOS

Por meio deste estudo me propus a analisar como as demandas de Saúde do Trabalhador são apresentadas pelos usuários-trabalhadores, reconhecidas, atendidas e encaminhadas pelos profissionais de saúde no contexto da Unidade de Saúde da Família da Federação (USF Federação). Mais especificamente, busquei descrever as demandas do usuário-trabalhador que são explicitadas na sua interação com a equipe da unidade básica de saúde; identificar barreiras que dificultam e/ou impedem este reconhecimento, o atendimento e o encaminhamento das demandas de saúde do trabalhador pelos profissionais de saúde, além de identificar condutas adotadas para responder às demandas, quando reconhecidas.

3 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 ARRUMANDO AS MALAS PARA INICIAR A CAMINHADA

Com o propósito de descrever como as demandas de saúde do usuário-trabalhador emergem no contexto da sua interação com os profissionais de saúde da USF Federação foi necessário me aproximar dos recursos da abordagem etnográfica como estratégia metodológica. Esta era uma “peça” indispensável para compor minha bagagem, já que pretendia vivenciar o campo, articulando os diferentes sentidos e capacidades que me seriam requeridos: “a visão, o olhar, a memória, a imagem, o imaginário, o sentido, a forma, a linguagem” (LAPLANTINE, 2004, p.11). Imergir no *setting* natural de atuação das equipes colocou-me na cena do trabalho vivo daqueles profissionais. Um trabalho que tem cor, forma e movimento; que é dinâmico, desperta sensações e requer regulações; que transcende aos ditos e prescritos que insistem em subestimar a subjetividade e criatividade dos trabalhadores.

Recorri à perspectiva epistemológica do Construcionismo Social, uma vez que representa a busca pela compreensão dos fenômenos por meio dos processos de intercâmbio social (GERGEN, 2009). Aproximei-me das contribuições de Kenneth Gergen (2009) para fundamentar a busca pela compreensão do “como acontece”, nos processos interativos da vida cotidiana, tentando escapar da dicotomia estabelecida entre a compreensão individual (mundo interno) e o mundo exterior. Deste modo, busquei compreender os processos pelos quais os profissionais reconhecem, valorizam, descrevem e refletem sobre a sua (inter)ação com os usuários-trabalhadores no contexto da USF Federação. Uma opção por responder aos meus “por quês?” *“levando em consideração as pessoas em relação.”* (GERGEN, 2009, p. 313).

Desde modo, procurei despir-me de qualquer hipótese preconcebida para verificação. Tracei minha trajetória trazendo na bagagem a experiência prática e formação no campo da saúde pública, mais especificamente, da saúde do trabalhador. Ao alcance de minhas mãos, caneta e caderno de campo com folhas em branco prontas para receber as descrições das cenas que vi, as sensações que senti, os relatos que escutei, reflexões que tive e indagações que me fiz.

Adentrei ao campo da pesquisa atenta e aberta para o que emergiria e meus sentidos seriam capazes de capturar. Olhei para as relações e para os contextos em sua particularidade, sem perder de vista de que o conhecimento que dali resultaria não seria a representação da realidade (pura e simplesmente) e, que as verdades são constituídas em territórios e tempos específicos. (CADONÁ e SCARPARO, 2015).

Algumas perguntas guiaram a minha trajetória de investigação para compreender particularidades do contexto: *como se dá a interação do profissional de saúde com o usuário adulto? Este usuário é reconhecido como um trabalhador? Quais demandas de saúde do trabalhador emergem dessa interação? Que pedidos (demandas de saúde do trabalhador) são formalizados? Sobre as múltiplas vozes: quais são e o que dizem? O que é acolhido, o que passou sem resposta, o que é referenciado para outras instâncias da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, o que é resolvido? Quais as barreiras para o reconhecimento das demandas de saúde do trabalhador e para o seu atendimento / encaminhamento conforme preconizado pela Portaria 1823/2012 que institui a PNST?*

Os procedimentos que recorri para olhar o objeto de estudo de modo a aprofundar aquele universo específico foram os da observação participante, registrada em diário de campo e, também, entrevista semiestruturada. Andei pelas dependências da USF com os sentidos aguçados para capturar as expressões, gestos e movimentos; as cores, cheiros, sons e contornos; as intenções, a dinâmica das rotinas e os imprevistos. Observei cuidadosa e atentamente cada cena, registrando-as no meu caderno de campo juntamente com minhas impressões. Busquei inspiração na orientação de Cardoso de Oliveira (2006) para construir o meu saber sobre a identificação e manejo das demandas de saúde do trabalhador no contexto da USF Federação por meio da triangulação dos “três atos cognitivos”: o olhar, o ouvir e o escrever.

Considerando o efeito catalisador da minha presença na USF Federação, uma profissional de saúde do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (Cesat), acrescento aqui mais um ato cognitivo, o de interferir, no curso da produção da investigação, possibilitando a ampliação do processo investigativo para além do que estava previamente delimitado para o estudo (SCHIFFLER e ABRAHÃO, 2014). A investigação em ato como uma possibilidade de produzir intercessões, *“como uma*

forma de perturbação, gerando ondas em todas as direções a partir do ponto de incisão [a USF Federação].” (SCHIFFLER e ABRAHÃO, 2014, p.93).

A observação participante, enquanto elemento central para produção dos dados (TRAD, 2012), possibilitou-me registrar em diário de campo o que me foi possível capturar. Como um método em si, orientou minha busca pela compreensão da realidade empírica (MINAYO, 2008), a interpretação da *“sociedade e a cultura do outro “de dentro”, em sua verdadeira interioridade.”* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006, p.34). Percebi os tempos e movimentos dos profissionais da USF no recorte temporal da pesquisa. Angústias e motivações que paralisavam e/ou impulsionam a sua atuação num contexto adverso em que o reconhecimento de problemas, identificação de necessidades de saúde e dos dramas sociais são requeridos.

Os registros em caderno de campo constituíram-se como parte do processo de *“textualização dos fenômenos”* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006, p.25), enquanto acervo de impressões e *“notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações”* (MINAYO, 2008, p. 295) observados no campo, além de ter sido um orientador para a (re)estruturação e condução das entrevistas. A ampliação destes registros com descrições minuciosas das cenas observadas possibilitou-me reconhecer detalhes e sutilezas (LAPLANTINE, 2004) das interações estabelecidas entre os sujeitos da pesquisa e, a fazer indagações e reflexões que (re)orientaram minhas aproximações e diálogos com estes sujeitos.

Porém, era necessário ampliar a minha escuta e dar mais espaço para que o conhecimento, percepções e sentimentos dos sujeitos da pesquisa fossem aprofundados. A entrevista funcionou como elemento complementar que também jogou luz sobre os processos explicativos e compreensivos no entorno do meu objeto de investigação.

As vozes dos sujeitos foram estimuladas nas dependências da USF por meio de abordagens conversacionais (no contexto da observação participante) e do recurso da entrevista semiestruturada. A escolha dos entrevistados não obedeceu a critérios pré-estabelecidos. Ocorreu à medida que me aproximei dos profissionais, os quais participaram de acordo com a sua disponibilidade e consentimento. A única intenção

que tive foi de garantir a representação das profissões (e áreas) que compõem as eSF da USF e do NASF-AB.

As entrevistas foram gravadas e (por mim) transcritas. Ao todo foram nove entrevistas individuais (dois enfermeiros, três agentes comunitários de saúde (ACS), uma médica, uma terapeuta ocupacional e dois usuários). Por força das circunstâncias da imersão no campo, realizei, também, uma entrevista coletiva, com três profissionais do NASF-AB (uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional). Apesar de a entrevista coletiva não ter sido prevista, confluuiu com a produção dos dados, sendo incorporada ao material empírico produzido e analisado. Foram feitas algumas tentativas para entrevistar profissionais de odontologia e técnicos de enfermagem, porém sem êxito. Quanto ao técnico de enfermagem, foi possível uma abordagem conversacional, registrada em diário de campo, num turno de observação participante na recepção dos consultórios.

3.2 DE QUE LUGAR EU FALO?

Para iniciarmos esta conversa, é preciso explicitar o meu lugar de fala. Sou Terapeuta ocupacional, com formação e atuação no campo da saúde pública, comprometida com a pauta do cuidado integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no Sistema Único de Saúde, por meio dos pressupostos teórico-práticos da Visat. Este é o meu lugar de fala! Refletir sobre este lugar faz-se necessário para que não percamos de vista os fatores que podem ter guiado a minha trajetória, influenciado o meu olhar e conduzido as minhas reflexões no decorrer desta pesquisa, para além dos objetivos propostos.

No curso da formação profissional como Terapeuta Ocupacional fui lapidando minha maneira de olhar para o homem em atividade. A promoção do desempenho ocupacional dos sujeitos, nos seus diferentes ciclos de vida, este foi o principal objeto (fio condutor) da minha formação. Aprofundei o conhecimento acerca das áreas de desempenho ocupacional (atividades da vida diária; atividades produtivas e trabalho; e as atividades de lazer), seus componentes e contextos de desempenho. A partir de então, passei a compreender o **trabalho** nas suas diferentes dimensões, uma atividade humana repleta de complexidades, as quais transcendem a necessidade de

subsistência. O trabalho como uma atividade central na vida do adulto, por meio da qual pode se socializar, desenvolver sua inteligência e capacidade criativa; que pode ser fonte de realização, de prazer, mas, também, de sofrimento e adoecimento.

Gradativamente, meu interesse pelo campo da saúde coletiva e a possibilidade de me envolver com ações do nível primário da atenção à saúde foi ficando mais evidente. Incomodava-me a ênfase ao assistencialismo em detrimento da promoção da saúde e da qualidade de vida; a lógica da remediação dos problemas de saúde, com abordagens individualizadas e voltadas para remissão de sintomas e/ou para cura das doenças. Muitos questionamentos e reflexões acompanharam a minha caminhada profissional, dentre eles: quais os fatores determinantes ou condicionantes do problema de saúde? Qual o ônus pessoal e social de uma intervenção que não visa a remoção da causa dos problemas de saúde? Qual o custo benefício da promoção da saúde? Não seria menos oneroso prevenir do que remediar? O quão iatrogênica uma assistência reducionista pode ser? Até quando (e quanto) investiremos na produção de incapacitados para o trabalho? Ficaremos reféns da lógica capitalista que impõe uma condição de produtividade e lucro a qualquer custo? Uma infinidade de questionamentos que me impulsionam a abraçar a causa da promoção da saúde pelo trabalho!

Imbuída deste compromisso, tenho refinado o meu olhar para o trabalho. Ao adentrar espaços onde há homens e mulheres em atividade de trabalho, mesmo que despretensiosamente, pego-me analisando as expressões, comportamentos, posturas, movimentos realizados e as circunstâncias em que está sendo realizada. Esses aspectos me saltam aos olhos e despertam interesse por compreender os saberes, habilidades e capacidades que estão sendo requeridos para desenvolvê-la; quais as regulações necessárias para desempenhá-la; quais as interferências dos fatores ambientais no desempenho ocupacional/capacidade das pessoas e no seu estado de saúde-doença?

Ao tempo em que me envolvia com as temáticas do cuidado integral, da reabilitação biopsicossocial, da prevenção da incapacidade e do retorno ao trabalho (vida produtiva), um acontecimento no campo da saúde do trabalhador me confrontou com um novo desafio. A publicação da Portaria GM/MS nº 1823, instituindo a PNST colocou em evidência a necessidade de incorporação (de fato) da atenção aos

trabalhadores na Rede de Atenção à Saúde do SUS, “*mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede [...]*.” (BRASIL, 2012a).

Desde então, tenho me envolvido com o estudo da PNST e com a proposta de reestruturação dos processos de trabalho no Cesat, tendo em vista a implementação, no estado da Bahia, do que está preconizado nesta política. Dentre as ações que desenvolvo enquanto técnica do Cesat e membro do grupo de pesquisa (já referido), está a concepção e execução da pesquisa interinstitucional referida na seção 1 desta dissertação.

Uma ideia preconcebida de que o usuário-trabalhador era “invisível” para os profissionais da APS, os quais não demonstravam interesse de “abrir as portas” para este usuário porque isto implicaria em “mais trabalho”. Mas, se a atuação na APS está orientada para identificação dos determinantes sociais e necessidades de saúde da população e, o (não)trabalho é reconhecido como um destes determinantes desde a instituição do SUS, como sustentar esta ideia?

Completamente impregnada por tais influências e motivações, percebi que seria necessário mergulhar num processo compreensivo sobre a rotina de uma Unidade de Saúde da Família, buscando conhecer o trabalho real dos profissionais, verificar o que (do previsto na PNST) já é desenvolvido naquele contexto, compreender fatores que facilitam ou comprometem o reconhecimento e atendimento de usuários com demandas de saúde do trabalhador, para, então vislumbrar possibilidades de intervenções. Uma estratégia de pesquisa voltada para encontrar respostas aos pressupostos formulados acerca da invisibilidade da saúde do trabalhador no contexto da APS, como, também, para acolher questões emergentes da interação com o campo, aceitá-las e construir hipóteses de campo, convergentes ou não com a orientação inicial.

Procurei imergir na USF buscando um certo distanciamento da influência dos meus referenciais, porém num processo de “*aculturação ao invés*” (LAPLANTINE, 2004, p. 23), compartilhando saberes, buscando enxergar para além do que estava visivelmente posto para mim e compreender, no contexto das interações

estabelecidas, as significações atribuídas pelos próprios sujeitos (LAPLANTINE, 2004) para o (não)reconhecimento das demandas de saúde do trabalhador dos usuários atendidos. A mediação das vivências do campo nas reuniões do grupo de pesquisa, nos diálogos com minha orientadora e por meio da revisão de literatura contribuíram para ampliar minhas possibilidades de interpretação e garantir a reflexividade sobre o meu papel enquanto pesquisadora.

De fato, não tinha nenhuma familiaridade com o campo da pesquisa, mas, como aborda Magnani (2002), cheguei com *um olhar de fora e de longe*, impregnado por ideias preconcebidas acerca da invisibilidade da categoria “trabalhador” na APS. A aproximação etnográfica me possibilitou fazer esta viagem e, sobretudo, viver o objeto de investigação, ampliando minha visão por meio de um olhar de perto e de dentro da USF, buscando dosar a intensidade de modo a não desfavorecer a compreensão a partir deste interior (GHASARIAN *apud* TRAD, 2012).

3.3 O “CENÁRIO” E OS “ATORES” DA PESQUISA

Um cenário e muitos atores protagonizarão as cenas que comporão o texto desta dissertação, metaforicamente chamado de “enredo”. A sequência dos acontecimentos da experiência vivida e dados produzidos em campo serão apresentados em sessões e, nelas, cenas descritas em diário de campo serão resgatadas para melhor fundamentar o processo analítico.

3.3.1 Caracterização do “Cenário” da Pesquisa

Antes mesmo de caracterizar o *lócus* desta pesquisa, algumas considerações acerca da realidade do entorno deste território merecem ser apontadas. O Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho (DSBRV) está localizado ao sul do município de Salvador (Bahia), possui 68 bairros com abrangência territorial de 20,31km² e grande extensão às margens da orla marítima de Salvador. Trata-se de um distrito sanitário bastante heterogêneo, reunindo bairros nobres do município e outros onde habitam pessoas em situação de extrema pobreza.

Quanto aos dados populacionais, no ano de 2015 o DSBRV apresentava população total em torno de 370 mil habitantes e densidade demográfica de 18,324 hab./km² (SALVADOR, 2018b). “A sua população é majoritariamente adulta, com

razão de sexo de 1,24 mulheres por homens, com 51,35% na faixa etária de 20 a 49 anos, 14,47% idosa e 15,5% até 14 anos.” (SALVADOR, 2018b, p.12). De acordo com informações obtidas no setor de Acompanhamento de Ações e Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, em 2016, a população deste DS alcançou 372.162 indivíduos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do município para o quadriênio 2018-2021, a oferta de serviços e organização do SUS valoriza a estratégia Saúde da Família como eixo norteador para expansão dos serviços e reorganização da APS. Apostando na reformulação das práticas de saúde, na capilaridade que os serviços podem ter no território e na constituição de uma nova lógica na organização do processo de trabalho das equipes, está reconhecida, neste plano, a necessidade de se romper com o modelo biomédica na prestação de cuidado de saúde com valorização da atuação multiprofissional. (SALVADOR, 2018a).

No município, a rede de Atenção Primária à Saúde está composta por 121 unidades de APS. Apesar de a Portaria nº. 2.436/2017, no seu artigo 6º, definir que os estabelecimentos de saúde prestadores de ações e serviços de Atenção Básica do SUS serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), em Salvador ainda são identificados com diferentes terminologias. Ao todo, o município dispõe de 46 Unidades Básicas de Saúde (sem Saúde da Família) e 75 Unidades de Saúde da Família, abrangendo: 250 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas; três equipes de Consultório na Rua (eCR) e 11 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). (SALVADOR, 2018a).

Neste cenário, atribui-se às UBS os locais de atendimento básico a todos os cidadãos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, a depender da capacidade instalada e tipologia da unidade. Os principais serviços oferecidos nestes estabelecimentos são, portanto, consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (SALVADOR, 2018a).

Diferentemente, as USF são os estabelecimentos para atendimento a famílias cadastradas (a exceção de alguns serviços de demanda aberta), que oferecem

atenção integral e longitudinal à saúde nos diferentes ciclos de vida, por meio de atendimento fornecido por equipe mínima (médica, enfermeira, odontológico e ACS) com suporte de equipe ampliada do NASF-AB (assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional). Abrange serviços de vacina, administração e dispensação de medicamentos, realização de procedimentos de enfermagem (curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, aferição de peso e altura); coleta de exames laboratoriais; visita/atendimento domiciliar; atendimento individual e/ou em grupo (SALVADOR, 2018a).

A cobertura da APS em Salvador ainda é insuficiente para o tamanho da sua população. Dados divulgados no Plano Municipal de Saúde (2018-2021) revelam que “em 2012, menos de 20% da população soteropolitana teve acesso às unidades de Atenção Primária à Saúde, uma vez que a cobertura de APS alcançava naquele ano cerca de 18,6% da população” e, em junho de 2017 alcançou 45,7% (SALVADOR, 2018a). De acordo com esta mesma fonte, a cobertura da Atenção Básica no DSBRV, em 2015, foi de 29,9% enquanto a cobertura da Estratégia Saúde da Família foi 14,9% (SALVADOR, 2018b).

Informações obtidas durante produção de dados no campo da pesquisa e registradas em caderno de campo revelam que a cobertura da população soteropolitana está em expansão, sobretudo como resposta a uma ação do Ministério Público movida contra a prefeitura de Salvador. Neste contexto, novas UBS estão sendo inauguradas com contratação de profissionais médico, enfermeiro e odontólogo para trabalhar em regime especial de prestação de serviços assistenciais em saúde. Uma opção pela ampliação da cobertura sem garantia de prestação de cuidado continuado! Vale ressaltar que a pressão para ampliação da cobertura da APS e a aprovação da Portaria Nº 2.436/2017 revisando as diretrizes para a organização da Atenção Básica contribuíram para instaurar um processo de remapeamento do território de abrangência da USF lócus deste estudo, o que será melhor abordado posteriormente. A caracterização da rede de atenção à saúde do DSBRV está demonstrada no Quadro 1.

Dentre as unidades do DSBRV, escolhi a USF Federação como *locus* para representar a realidade empírica a partir das concepções teóricas que fundamentaram (MINAYO, 2001) a minha aproximação com o fenômeno estudado: o reconhecimento

de demandas de Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde (APS). Esta é uma unidade onde ocorrem práticas de assistência, ensino e pesquisa em saúde, sendo campo de desenvolvimento do projeto de pesquisa-intervenção interinstitucional.

Quadro 1 - Rede de atenção à saúde do DSBRV.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	IDENTIFICAÇÃO	TOTAL
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	<ul style="list-style-type: none"> • UBS Engenho Velho da Federação • UBS Osvaldo Caldas Campos – Santa Cruz • UBS São Gonçalo • UBS Eduardo Araújo – (antigo 15º CS) 	04
Unidades de Saúde da Família (USF)	<ul style="list-style-type: none"> • USF Prof. Sabino Silva – (9º CS) - (05 eSF) • USF Menino Joel (03 eSF) • USF Federação (05 eSF) • USF Alto das Pombas (02 eSF) • USF Prof. Clementino Fraga – (antigo 5º CS) - (03 eSF) • USF Ivone Silveira – Calabar (02 eSF) • USF Úrsula Catharino - Garcia (03 eSF) 	07
Unidades de Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Terapêutico de Saúde Mental Osvaldo Camargo • Centro de Atenção Psicossocial Osvaldo Camargo – CAPS II • Centro de Atenção Psicossocial UFBA – CAPS II UFBA – GARCIA 	03
Unidades Especializadas	<ul style="list-style-type: none"> • Multicentro de Saúde de ALaralina Dr. Adriana Pondé • Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas • Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Federação • Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar 	04
Unidades de Pronto Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • UPA 24 h Vale dos Barris • Pronto Atendimento Psiquiátrico – PAP 	02

NOTA: estruturado pela autora a partir de informações obtidas no setor de Acompanhamento de Ações e Serviços de Saúde da SMS de Salvador.

O território da USF Federação revela contradições entre as microáreas e internamente a elas. Um território heterogêneo, marcado por diferenças geográficas e vias de acesso à USF; nos tipos de imóveis; nas condições socioeconômicas e inserção no mercado de trabalho dos moradores; nas configurações familiares e religiosidade. Diferenças que, muitas vezes, imprimem dificuldades para o acesso dos profissionais da USF Federação ao domicílio dos usuários e, destes, à unidade. Uma carreira de casas coladas, parede com parede, germinadas e intercaladas por becos enladeirados e escadarias, por onde é possível observar dezenas de outras casas grudadas; paredes pintadas, com revestimento ou no reboco. Barracos, casas e edifícios dispostos de forma tal que revelam um *território vivo* (RIGOTTO, 2011), que cresce e se reconfigura, desordenadamente, nos tempos e movimentos da população que o habita e por ali transita.

Um território desbravado cotidianamente pelos profissionais da APS. Gradativamente, os profissionais da USF Federação vão desbravando sua área/micro área e conhecendo as particularidades de cada rua, cada “bequinho”, cada família e indivíduo sob a sua responsabilidade. A relação identitária dos profissionais da USF com o território, mais especificamente com a área de atuação e a população sob sua responsabilidade, demonstra o grau de proximidade e a propriedade com a qual apresentam demandas de saúde e dramas sociais dos usuários sob sua responsabilidade. Anuncia, também, o dia a dia de trabalho, as interações estabelecidas e o esforço para conciliar as demandas impostas pelo processo de trabalho com as características geográficas e socioeconômicas da população adscrita.

A USF Federação foi inaugurada há 14 anos. Trata-se de uma unidade de grande porte, situada num dos pontos mais altos da Rua Pedro Gama, entre uma Igreja Universal e um edifício residencial, funciona de segunda a sexta-feira em horário administrativo. Olhando de frente para sua fachada, um estabelecimento de dois andares. No andar térreo, um janelão com grade ao alto e uma única porta de acesso, também gradeada. Uma entrada acessível a cadeirantes, vale ressaltar! Acima da placa de identificação da USF, quatro janelas gradeadas que garantem a iluminação/ventilação nos consultórios, sala de reunião e gerência da unidade. A presença de grades, fachada com pintura descascando e pichada causa-me uma primeira impressão de que a relação daquele estabelecimento com a “comunidade” não é tão amigável como esperado.

Cinco equipes mínimas completas compõem o quadro de profissionais de saúde, estando identificadas pelas cores: amarela, rosa, azul, vermelha e lilás. A fim de reduzir as chances de identificação dos profissionais, equipes e usuários que participaram direta ou indiretamente desta pesquisa, algumas medidas foram adotadas: atribuí nomes fictícios aos sujeitos (profissionais da USF, do NASF-AB e usuários); e, alterei a forma de identificação das equipes, substituindo, o nome das cores das equipes mínimas por nome de flores, não respectivamente nesta ordem: Tulipa, Margarida, Lírio, Orquídea e Cravo. Considerando o número pouco expressivo de profissionais do sexo masculino (18,2%) na USF Federação por categoria profissional, optei por não demonstrar o quantitativo dos profissionais, por sexo, no

Quadro 2, minimizando ainda mais a possibilidade de identificação dos sujeitos da pesquisa.

No Quadro 2 está representado o quantitativo de profissionais ativos na unidade, por equipe, no período em que os dados da pesquisa foram produzidos, sem considerar os trabalhadores administrativos e gerência. Em nota, trago algumas observações com informações atualizadas ao final da minha permanência em campo.

Potencializando o cuidado ofertado pelos profissionais da USF Federação estão os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), constituído por uma assistente social, duas fisioterapeutas, uma nutricionista, uma psicóloga e duas terapeutas ocupacionais. A equipe do NASF-AB presta apoio a oito equipes, sendo cinco da USF Federação e três da USF Garcia. A exceção da médica da equipe Lírio, das fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do NASF-AB (trabalham 20 horas semanais), os demais profissionais que compõem este coletivo possuem jornada de trabalho de 40 horas/semana.

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais por equipe da USF Federação.

EQUIPE	PROFISSIONAL							EFETIVO	
	Médico	Enfermeiro	Dentista	ACS	ASB	Tec. Saúde Bucal	Tec. Enfermagem	S	N
Lírio	01*	01	01	06	01	-	01	11	-
Tulipa	01	01	01	05**	01	-	01	11	
Margarida	01	01	-	05***	-	-	01	08	01
Cravo	01	01	01	06	-	01	01	10	01
Orquídea	01	01	01	06	-	-	01	09	01
TOTAL	05	05	04	30	02	01	05	49	03

NOTA: (*) único profissional com 20h. (**) um ACS afastado por motivo de saúde. (***) um ACS afastado por pedido de licença sem vencimento. Em novembro/2018 houve contratação de dois técnicos de enfermagem pelo REDA e o ACS da equipe Margarida deu baixa à licença sem vencimento, retornando à ativa.

3.3.2 Os “Atores” da Pesquisa

Considerando que esta pesquisa visa compreender como as demandas de saúde da população trabalhadora atendida na USF Federação emergem no processo interativo entre os profissionais de saúde e usuários-trabalhadores, nas dependências da unidade, os sujeitos da pesquisa compreendem todos os profissionais de saúde da USF Federação (ver Quadro 2, seção 3.4.1) e do NASF-AB; e, os usuários adultos

que foram atendidos no acolhimento, nas consultas médicas ou que se encontravam nas recepções da USF e tive a oportunidade de observar e conversar enquanto aguardavam atendimento.

Adotei o termo usuário para me referir aos sujeitos adultos que “fazem uso” dos recursos oferecidos pela USF Federação, termo este adotado na portaria que aprova a PNAB. No transcorrer deste texto, é possível observar algumas variações na forma de apresentação desta terminologia (*usuário, usuário adulto e usuário-trabalhador*), sem nenhuma intenção de criar subcategorias ou diferenças conceituais. Uma decisão meramente ilustrativa!

De que usuário, usuário adulto, usuário-trabalhador estou falando? Minhas observações e abordagens conversacionais estiveram voltadas para os indivíduos adultos (idade superior a 18 anos), sem distinção de gênero, raça, religião, local de atuação, tipo de vínculo e nem situação no mercado de trabalho (BRASIL, 2012a). Sem querer negar a existência de crianças e adolescentes trabalhando no território, adotei este recorte de idade ao concordar com a ilegalidade do trabalho infantil e, por entender que este é um tema complexo, dotado de particularidades que requerem estudo específico, mais aprofundado.

Em alinhamento com as Diretrizes e Normas que regem pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012) do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, a observação das reuniões de equipe e dos atendimentos foi realizada mediante minha apresentação (Terapeuta Ocupacional do Cesat e mestrande, em atividade de pesquisa) e autorização dos profissionais e usuários, aos quais foi dada a oportunidade de recusar a minha presença sem nenhum tipo de coação ou constrangimentos. Para aqueles que participaram da entrevista, foi garantida a participação voluntária após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Esta pesquisa se deu a partir da anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia como parte integrante do projeto de pesquisa interinstitucional, por meio do parecer consubstanciado do CEP nº 2.677.897 de 27 de maio de 2018 (ANEXO A).

3.4 A CHEGADA COMO PONTO DE PARTIDA

“A entrada em campo é um momento rico de significados sutis, que requer cuidado e empatia por parte do pesquisador.” (CAPRARA e LANDIM, 2008, p. 369).

No curso de minha caminhada, a chegada à USF Federação representou o ponto de partida para a produção dos dados empíricos. Uma produção feita por meio de aproximações, reações, desconfiança, interações, empatia e autorização. O primeiro contato se deu em dezembro de 2017, quando participei da apresentação do projeto de pesquisa interinstitucional aprovado pelo PPSUS (Edital 003/2017). Esta apresentação se deu numa reunião geral da USF, estando presentes Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiras, médicas, dentistas, auxiliares/técnicos de enfermagem e de saúde bucal da unidade, além da equipe de pesquisadores vinculados ao projeto. Em linhas gerais, justificamos a realização do projeto, os critérios para escolha daquela unidade, os objetivos propostos e resultados esperados.

Naquele momento, minha chegada foi anunciada: uma técnica do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat), mestranda do programa de pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia (PPGSAT/UFBA), interessada em compreender a dinâmica das interações estabelecidas entre a equipe da USF com a população adulta, ou melhor, os trabalhadores do território, aqui identificados como usuários-trabalhadores. Nas trocas de olhares e manifestações realizadas já foi possível sentir algumas expectativas e anseios dos profissionais ao primeiro contato com a proposta do projeto. Por um lado, a apresentação causou-lhes inquietações por parecer ser mais uma proposta de pesquisa, dentre tantas outras desenvolvidas na unidade, e, sobretudo, por acharem que a pesquisa implicaria em mais uma atribuição frente às tantas que possuem diariamente.

Percebi as reações e o estranhamento por parte daquele coletivo com a proposta de desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no contexto da USF Federação. Minha primeira impressão foi a de que ainda não havia um conhecimento entre os profissionais sobre que ações de saúde do trabalhador poderiam ser realizadas no cotidiano de trabalho deles. Talvez, a falta de clareza sobre o papel da

APS na atenção aos usuários-trabalhadores associada ao rol de responsabilidades que lhes são atribuídas contribuíam para os ruídos na comunicação.

Em meio às manifestações, um pedido de ajuda em forma de questionamento foi explicitado: e da nossa saúde, quem vai cuidar? Este pedido demonstra que aqueles profissionais reconheciam a relação saúde-trabalho-adoecimento ao demonstrarem que suas condições de trabalho repercutem na sua saúde. Além disto, demonstrava um sentimento de desvalorização, por parte da gestão municipal, quanto ao cuidado à sua saúde. Apesar de minha motivação inicial estar voltada para as demandas de saúde do usuário-trabalhador, naquele momento me dei conta de que precisaria me apropriar de elementos do componente II do projeto interinstitucional⁵. Assim, seria necessário conhecer mais a fundo o processo de trabalho dos profissionais, os recursos disponíveis e as pressões que sofriam cotidianamente para que eu não incorresse no risco de simplificar o processo analítico.

De fato, a chegada e permanência no campo resultou numa diversidade de reações semelhantes à de um sistema imunológico ao entrar em contato com um corpo estranho, como bem referiu meu coorientador. Como um antígeno, induzi aquele coletivo a uma diversidade de respostas imunológicas. Inicialmente, despertei olhares de desconfiança e certo distanciamento de alguns profissionais da USF e do NASF-AB, afinal, naquele cenário eu era a estranha. Inicialmente, a troca de olhares, expressões corporais e falas desconfiadas pelo fato de eu permanecer na reunião realizando registros no meu diário de campo.

A reação dos profissionais à minha presença não atuou como um “*obstáculo epistemológico*” a ser neutralizado, como bem adverte Laplantine (2004, p.27), mas sim foi conduzida enquanto uma possibilidade de ampliação do conhecimento produzido. Foi preciso refletir sobre as reações dos sujeitos à minha presença e, sobretudo, sobre as minhas reações às reações deles, como orienta Laplantine (2004). Neste movimento, desenvolvi estratégias de aproximação e esclarecimentos acerca

⁵ O componente II do Projeto de Pesquisa-intervenção Interinstitucional está voltado para a compreensão dos “*Processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família*”.

de minhas intenções com a pesquisa, demonstrando o interesse de estabelecer uma relação de cooperação, de mão dupla, de troca de conhecimento e construção de uma ação articulada e sinérgica. Minha aproximação etnográfica ao contexto da USF Federação visou o estabelecimento de uma relação de confiança mútua e o intercâmbio, estando aberta à partilha de olhares (LAPLANTINE, 2004), com os sujeitos desta pesquisa.

Sobrevoei aquela realidade, sem dela fazer parte, como uma observadora absoluta (LAPLANTINE, 2004), revelando intenções de conhecer a dinâmica da unidade e as demandas de saúde do trabalhador que eram apresentadas pelos usuários, capturando as diferentes formas de atender e de compreender as demandas do usuário-trabalhador, aberta para me solidarizar a necessidades que emergissem do campo.

A relação de confiança e empatia que foi sendo delineada *pari passu* à produção dos dados empíricos favoreceu o estabelecimento de uma via de mão dupla. Circulando pela USF, da recepção ao *setting* de interação mais protegido dos atendimentos, gradativamente aguicei os sentidos e despertei reações. Os estranhamentos causados naquele coletivo com a minha aproximação deram espaço ao reconhecimento do meu papel para além da pesquisa, uma profissional da rede especializada em Saúde do Trabalhador.

Percebi o direcionamento do olhar dos profissionais para algumas demandas relacionadas ao trabalho dos usuários a partir do momento em que passei a ser solicitada a discutir os casos, tirar dúvidas e fornecer orientações. Passei a ser abordada nos corredores, recebi mensagens pelo celular, fui autorizada a participar, com voz ativa, de uma oficina promovida pela equipe do NASF-AB que visava a qualificação da demanda trazida pelo ACS para consulta domiciliar. Estes fatos podem ser considerados como fontes de evidência de que os profissionais me reconheceram como alguém disponível para dar ou buscar respostas que contribuiriam para aliviar as tensões decorrentes do seu *não saber*, como bem definiu minha orientadora.

Outros aspectos que também contribuíram, decisivamente, para evitar que as “reações imunológicas” à minha presença fossem no sentido de me “fagocitar” ou eliminar daquele coletivo: 1. fui apresentada aos profissionais, pessoalmente, pela

preceptora do internato de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB/UFBA), quem está neste campo de prática há 12 anos e é minha orientadora; 2. eu conhecia e tinha proximidade com uma enfermeira da USF e três profissionais do NASF-AB (duas terapeutas ocupacionais e uma fisioterapeuta); 3. coloquei-me acessível para falar sobre o meu trabalho no Cesat, meu projeto de pesquisa e responder dúvidas e questionamentos que possibilitaram o meu reconhecimento como profissional do campo da Saúde do Trabalhador. Tais aspectos funcionaram como um passaporte para minha incursão naquele território e, assim, minha caminhada não fosse bloqueada.

Assim, minha aceitação pelo grupo de profissionais possibilitou a observação participante, favorecendo a produção dos dados (CAPRARA e LANDIM, 2008). Inicialmente, transitei pelas dependências da USF Federação observando os **espaços de interação dos usuários com a unidade** (usuário / serviço). Uma maneira de conhecer os espaços e compreender a dinâmica das relações estabelecidas, as características dos sujeitos que ali transitavam e, de certa forma, naturalizar a minha presença no campo. Nesta caminhada, percebi que os espaços de circulação também se configuravam como espaço de interação dos usuários entre si e com os profissionais de saúde, oportunidades registradas em diário de campo. Nesta caminhada, tomei como ponto de partida para observação as duas recepções do andar térreo da USF Federação, que representavam pontos de interação dos usuários com a USF fora do *setting* dos consultórios: a Recepção Principal e a Recepção 2.

A Recepção Principal está situada logo à entrada da unidade, onde ficam arquivados os prontuários e há um balcão de atendimento para marcação de consultas e procedimentos e, entrega de resultado de exames. A Recepção 2, ao fundo da unidade, funciona como uma grande sala de espera, onde os usuários permanecem enquanto aguardam ser chamados para atendimento no acolhimento, consulta médica ou odontológica, sala de curativos e procedimentos.

Sentada como uma usuária à espera por ser chamada, observei e registrei no meu caderno de campo a dinâmica dos usuários e profissionais que por lá transitavam e tive a oportunidade de estabelecer diálogos típicos de uma sala de espera: demora no atendimento, porque estávamos ali, dificuldades enfrentadas para marcação de

consulta na rede SUS, situações de vida e de trabalho, questões políticas do momento, dentre outros temas que emergiram desta interação.

Após algumas horas de observação nas recepções iniciei minha participação em reuniões das eSF, com e sem a presença de profissionais do NASF-AB. Apesar de a sala de reuniões não se configurar como um espaço de interação entre os profissionais de saúde e os usuários propriamente dito, participar destas reuniões possibilitou-me maior aproximação com os profissionais. Aos poucos, passei a compreender: a interação estabelecida entre os profissionais; a rotina de trabalho das equipes e do apoio do NASF-AB; características dos processos de trabalho dos profissionais e o *modus operandi* das trocas realizadas entre eles; o perfil das demandas que são discutidas, a maneira como as abordam e se organizam para atendê-las ou referenciá-las; os problemas que comprometem o processo de trabalho, a organização do grupo e o planejamento das ações; os constrangimentos e riscos enfrentados no dia a dia de trabalho; a rede de referência que recorrem para encaminhar casos de maior complexidade; e, também, demandas de saúde relacionadas ao trabalho e ao não trabalho (desemprego) dos usuários que foram reveladas.

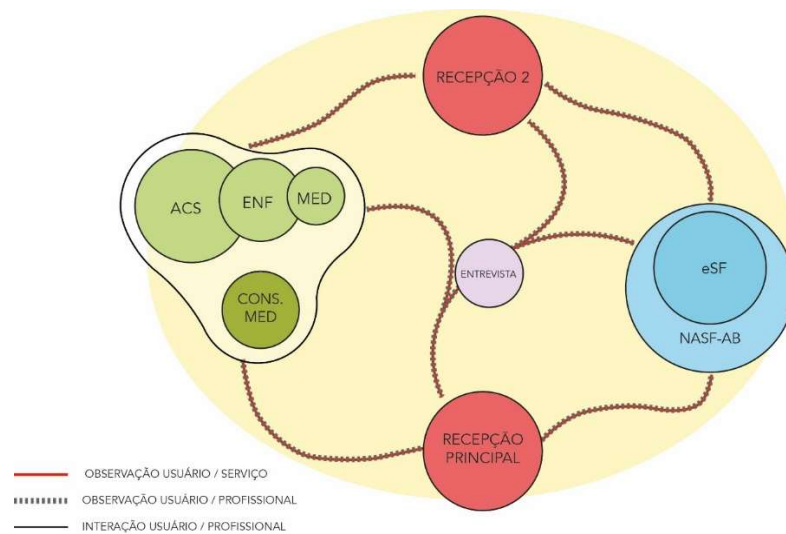
Com meu passaporte autorizado, segui viagem articulando minha participação em atividades de rotina nos espaços de maior **interação entre os usuários-trabalhadores e os profissionais: o acolhimento e as consultas** de Saúde do Adulto. Estes são dois espaços de interação, com características distintas. Apesar de o acolhimento ser definido como uma prática constitutiva das relações de cuidado que deve permear as diversas interações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários (BRASIL, 2013a), deter-me-ei ao momento do acolhimento estruturado na USF Federação para atendimento das demandas espontâneas (manifestações clínicas agudas).

No curso da observação participante, procurei dialogar com os profissionais resgatando cenas da observação para melhor compreender as condutas adotadas e os critérios utilizado para priorização de demandas para atendimento. Nesta oportunidade, compreendi melhor aspectos do processo de trabalho que interferiam na atuação profissional, identifiquei circunstâncias que disparavam o reconhecimento do usuário-trabalhador e demandas relacionadas ao trabalho pelo profissional,

critérios adotados na (não)priorização destas demandas no projeto terapêutico estabelecido e, os limites e as possibilidades da intervenção.

Paralelamente às observações e registros realizados em diário de campo, realizei entrevistas, previamente agendadas, com profissionais da USF, do NASF-AB e usuários. Ao ouvir as vozes aos sujeitos da pesquisa, confirmei informações sobre o processo de trabalho na USF, verifiquei suas percepções acerca das demandas de saúde da população adulta atendida e como eles compreendiam, identificavam, reconheciam e respondiam àquelas relacionadas ao trabalho. Foi, portanto, por meio destes recursos que parti e trilhei a minha trajetória para produção do *corpus* de análise (Figura 1).

Figura 1 - Esquema representativo da trajetória da pesquisadora para produção do *corpus* empírico⁶.



⁶ Agradeço a meu filho, Lucas Garboggini Melo Andrade, por ter me ajudado a delinear os contornos, cores e formas representativos desta estratégia de campo. Ao olhar para esta Figura, depois de produzida, enxerguei a imagem representativa de uma rede, composta por pontos interligados. Apesar de não ter sido produzida com esta intenção, esta imagem extrapolou a sua função inicial ao me permitir perceber que há uma **“rede interna” presente num dos pontos da rede: a UFS Federação**. Uma “rede interna” que precisa ter seus pontos e fluxos (linhas) estabelecidos para que se mantenha firme e, de fato, assuma o papel de ponto ordenador da RAS conforme lhe é atribuído. Esta imagem, ressaltado, não foi produzida para representar a “rede interna da USF”, uma vez que não foi a proposta deste estudo. Porém, ao considerar os “pontos de interação” (usuário-profissional, usuário-serviço e profissional-profissional) na dinâmica viva da USF Federação, acredito ter elementos para contribuir com o processo de identificação de “pontos internos”, não estanques, e, também, possibilitar a compreensão acerca de como se constituem, as circunstâncias que tensionam ou potencializam as linhas do cuidado, conforme discutido por Maximino e colaboradores (2017).

3.5

CON

STRUINDO O “ENREDO”: PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de abril a outubro de 2018 realizei 29 turnos de imersão na USF Federação, período em que produzi os dados qualitativos para compor o “enredo” desta pesquisa de aproximação etnográfica. Percorrendo a trajetória metodológica delineada, constatei momentos em que o trabalho e as demandas de saúde a ele relacionadas emergiam no contexto da USF Federação, a percepção dos profissionais a este respeito e o que (não)ocorria aos olhos deles enquanto aos meus saltavam.

Apesar de a permanência longitudinal em campo ter sido inferior à pretendida, considero que a intensidade e frequência fizeram-se suficientes para explorar as temáticas emergentes e questões desejadas. Mais do que isto, a vivência do contexto da interação entre os atores desta trama revelou uma distância entre o que está prescrito e orientado pelas políticas nacionais da atenção básica e de saúde do trabalhador e o que, de fato, (não)tem sido possível ser feito nas condições reais de trabalho naquela USF. Diferentes camadas de ações e de barreiras foram reveladas por meio dos dados produzidos empiricamente, as quais serão analisadas neste estudo.

Importante ressaltar que, por se tratar de uma pesquisa vinculada a um projeto de pesquisa-intervenção, após produção dos dados que representaram o *corpus* de análise deste estudo e afastamento (por três meses) no curso do processo analítico, retornei ao campo onde permaneço até a presente data. O processo compreensivo daquela realidade de trabalho representou um novo marco para a minha interação com o campo, reconduzindo a minha trajetória neste projeto de pesquisa interinstitucional. A partir deste ponto, a (re)aproximação da área técnica de saúde do trabalhador com a APS representa a ativação e articulação dos atores deste cenário para que, juntos, possamos **tecer a rede de atenção ao usuário-trabalhador no território**.

A questão principal que norteou a estruturação dos roteiros de observação e de entrevista (APÊNDICES B e C) foi: **como os trabalhadores de saúde identificam, reconhecem e respondem às demandas do usuário-trabalhador no contexto da**

sua interação com a unidade de saúde? O tratamento dos dados produzidos foi orientado pelo interesse em examinar e coproduzir uma compreensão sobre o atendimento das demandas de saúde do trabalhador no contexto da APS e sua condução na RAS.

De forma sistemática, num movimento de ir e vir orientado pelas perspectivas *emic* (visão dos participantes) e *etic* (científica, visão do pesquisador) (ANGROSINO, 2009; CRESWELL, 2014), os dados foram analisados. A perspectiva *etic* foi orientada pelos referenciais do Sistema Único de Saúde, dos determinantes sociais de saúde, da Visat e da atenção primária à saúde. A leitura destes referenciais foi feita à luz dos princípios, diretrizes e proposições das políticas nacionais de saúde do trabalhador e da trabalhadora, da atenção básica e da promoção da saúde.

Os passos adotados no processo de análise dos dados ocorreram numa sequência flexível, não linear, à medida que foram produzidos, como uma “espiral de análise” (CRESWELL, 2014, p.148). A triangulação dos dados produzidos possibilitou-me reconhecer pistas interpretativas e buscar a confirmação ou negação de hipóteses de campo. Diferentes níveis de análise-interpretação-síntese ocorreram num processo reconhecido como “um movimento em círculos analíticos” (CRESWELL, 2014, p.148),

A “saída” de campo possibilitou minha imersão sobre os dados produzidos e sistematizados. Por mais que, àquela altura, já tivesse acumulado um repertório de leituras acerca de aspectos teórico-práticos relacionados à implantação das ações de ST no SUS, mais especificamente, na APS, empenhei-me para identificar eixos centrais a partir do *corpus* de análise. Num processo compreensivo hermenêutico, busquei dar sentido aos achados no contexto da pesquisa, garantindo a “solidariedade entre o olhar e a linguagem.” (LAPLANTINE, 2004, p. 107). Assim, busquei objetivar, no *discurso escrito*, a interpretação dos significados e sentidos (CASAL, 1996, p.63).

Conforme aborda Casal (1996), em referência à metodologia hermenêutica de Paul Ricoeur, enquanto uma *teoria do discurso*, “*toda a teoria da interpretação está ligada ao texto escrito, mas o escrito deriva do falado e ambos, fala e escrita, pertencem ao discurso.*” (CASAL, 1996, p. 63). Casal (1996), ao me expor às proposições de Paul Ricoeur, fez-me compreender que há uma correspondência entre

as *relações dialéticas texto-autor e texto-leitor* e, que, para além da *autonomia semântica* do texto, “*é o leitor que torna o texto significativo, abrindo-a a várias interpretações (leituras).*” (CASAL, 1996, p. 63).

Deste modo, resolvi representar o meu discurso escrito em forma de um “enredo”, a fim de possibilitar o encadeamento dos fatos por meio dos quais os eixos centrais emergiram. Antes mesmo de assumi-lo, busquei os significados do termo “enredo” e seus sinônimos, no dicionário *online*, para ter a segurança de que, de fato, representaria o meu discurso escrito, quando deparei-me com os seguintes sentidos atribuídos: **enredo**, “*ato ou efeito de enredar(-se); enredamento*”; **enredar**, “*tecer(-se) em rede; enlear(-se)*”; **enlear**, “*atar, prender com lio; amarrar; provocar o envolvimento de (em algo ou com alguém)*”.

Deste modo, o discurso foi escrito com a intenção de: possibilitar a “*fusão de horizontes, do intérprete e do interpretado, do escritor e do leitor*” (GADAMER *apud* CASAL, 1996, p.65); possibilitar o “*emaranhamento em redes*” em diferentes níveis, da compreensão de sentidos à explicação (RICOUER *apud* CASAL, 1996, p. 65), que nos oriente no compromisso assumido de **tecer a rede de cuidado ao usuário-trabalhador do território**.

Para apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa, o “enredo” produzido foi dividido em três seções. Inicialmente, procurei descrever o território da USF Federação, demonstrando como o “trabalho pulsa” no entorno e dentro desta unidade e, portanto, trazer à cena os trabalhadores nas diferentes modalidades: o usuário-trabalhador e o profissional-trabalhador. Na segunda seção, apresento, a partir de cenas reconstruídas por meio dos registros em diário de campo e entrevistas, a descrição de como as demandas de ST emergem, a partir da interação do usuário-trabalhador com os profissionais de saúde, em diferentes espaços da USF Federação. Por fim, discuto as diferentes “barreiras” reconhecidas no processo analítico e suas repercussões para o reconhecimento, atendimento e encaminhamento das demandas de saúde do trabalhador pelos profissionais de saúde no contexto da pesquisa.

4 O “ENREDO” - SAÚDE DO TRABALHADOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPREENDER LIMITES PARA VISLUMBRAR POSSIBILIDADES

“... é para isso que pesquisamos. Colhemos informações, aumentamos a nossa compreensão do mundo para, em seguida, intervirmos nele.” (Laurenio Sombra)

4.1 TERRITÓRIO DA USF FEDERAÇÃO: AQUI O TRABALHO PULSA!

A caminho da USF Federação, transitando pelas principais ruas de acesso, vejo trabalho por toda parte! Em cada esquina, descida de beco, por cima, embaixo e entre casas, um território repleto de processos produtivos. Neste território o trabalho pulsa! Pulsa no movimento dos trabalhadores, no suor que escorre pelo rosto, nas expressões faciais, no sobe e desce de carros e pedestres, no entra e sai de pessoas nas casas e nos estabelecimentos comerciais. O trabalho impulsiona o carro do ovo, a kombi de verduras, o motor do ônibus, a moto do gás, o moço do picolé, o pedal da bicicleta do pão, a velocidade do motoboy. Pulsa trabalho na (in)formalidade e na ilegalidade!

O trabalho pulsa e se personaliza nos trabalhadores da tenda de hortifruti, da banca Bahia da Sorte (jogo do bicho), da casa de material de construções, da academia de ginástica, do mercadinho, da loja de tatoo, da escola (e creche), do armarinho, da oficina mecânica, da bomboniere, do salão de beleza, da marmoraria, da barbearia, do boteco, da padaria, do ateliê de alta costura, da serralheria, do Centro Social Urbano, da fábrica de calçado, do açougue, da peixaria, do protético, da farmácia, das emissoras de rádio e televisão, do ponto de drogas, da churrascaria, da Unidade de Saúde da Família, enfim, uma infinidade de personalidades individualizadas e/ou coletivizadas.

Trabalhadores que, na sua complexa diversidade, reúnem semelhanças. Homens, mulheres, cisgênero ou transexual; adultos jovens, de meia ou da terceira idade; negros e pardos, parafraseando Caetano Veloso, *“(E são quase todos pretos).*

E aos quase brancos pobres como pretos. Como é que pretos, pobres e mulatos E quase brancos quase pretos de tão pobres são tratados [...] O Haiti é aqui.”. Trabalhador braçal, informal e precarizado; instruído ou com baixa escolaridade; desempregados, aposentados e incapacitados. A “ralé brasileira” (SOUZA, 2009) e os “batalhadores do Brasil” (SOUZA, 2010) estão aqui representados. Pelas ruas da Federação o trabalho pulsa e o trabalhador salta aos meus olhos, trabalhadores que habitam ou que transitam no território da USF Federação.

Os estudos de Silva (2018) e Ornelas (2018), também vinculados ao projeto de pesquisa intervenção interinstitucional, corroboram com a discussão acerca do “trabalho vivo” no território da Federação. Silva (2018) realizou levantamento numa área de cobertura da USF Federação com maior concentração de estabelecimentos comerciais, tendo identificado um total de 159 atividades (comércio / serviços). Além de demonstrar a diversidade de processos produtivos, chama atenção no estudo de Silva (2018) a constatação de que aproximadamente 52% dos 159 trabalhadores das oficinas automotivas participantes do estudo são trabalhadores que habitam no território.

Levantamento realizado por Ornelas (2018) com ACS da USF Federação, revelou uma diversidade de atividades produtivas em pelo menos cento e trinta e sete domicílios do território, tendo a autora associado a quantidade aumentada de trabalho domiciliar às microáreas com pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. O perfil destes trabalhadores (moradores), de acordo com a caracterização feita pela autora, ratifica o reflexo do contexto de crise econômica e de reformas em curso no país, com aumento do desemprego, da informalidade, da perda de proteção social (condição de segurado do INSS), da inserção precoce de jovens e reinserção de idosos nos processos produtivos.

Nestes termos, o trabalho pulsa no bairro da Federação e os trabalhadores que por ali habitam e/ou transitam são usuários potenciais da USF Federação. Esta unidade, enquanto uma “porta de entrada” da RAS do SUS, oferece vários acessos para o usuário-trabalhador, estes representados pelos serviços oferecidos e procedimentos realizados diariamente para o público adulto. São eles: acolhimento; consultas de saúde do adulto; preventivo; vacinação; sala de procedimentos; curativo;

dispensação de medicação; atendimento domiciliar; atividades grupais (educativas, terapêuticas, de autocuidado, qualidade de vida e geração de renda).

A gente faz teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C. A gente tem um laboratório [...] os serviços de curativo, laboratório, procedimentos e vacina são demanda aberta. [...] verificação de pressão, glicemia, [...] A parte da odontológica também [...] Os outros atendimentos de atenção à saúde, dos programas de atenção à saúde, a gente atende os usuários que são da área adscrita. Então, cada usuário com sua equipe. (Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, entrevista).

A PNAB valoriza a APS como contato e porta de entrada preferencial do usuário na rede de atenção à saúde, devido à proximidade dos domicílios e ambientes de trabalho das pessoas e, portanto, reconhece a sua responsabilidade sanitária sob o território adstrito (BRASIL, 2017).

Conforme demonstrado, uma diversidade de procedimentos são ofertados e garantem a presença e circulação diária do usuário-adulto na USF Federação. Usuários devidamente cadastrados têm “passe livre” para desfrutar dos serviços que são oferecidos, com garantia da longitudinalidade do cuidado. Porém, os usuários que não tem cartão SUS com endereço de residência em Salvador, não são moradores do território adstrito ou não estão cadastrado na USF, utilizam os serviços de demanda aberta (acolhimento, vacina e curativos, por exemplo) quando necessitam, de forma pontual, não tendo sido observado a adoção de estratégias de articulação e nem comunicação com outros serviços ou a USF de referência destes usuários. É válido ressaltar que a cidade de Salvador tem uma baixa cobertura da ESF, o que compromete esta articulação e garantia da integralidade do cuidado.

Nos diversos espaços de interação com a USF Federação foi possível observar o entra e sai de usuários-trabalhadores: homens e mulheres (muitas grávidas e/ou com crianças pequenas ou de colo) jovens, de meia ou da terceira idade. Diferentemente do que esperava, foi comum ver usuários do sexo masculino pela unidade. De chinelo, fardados ou bem vestidos; com criança de colo na fila da vacinação; na fila da farmácia; aguardando atendimento na sala de curativos; marcando consulta; como acompanhante ou mesmo como paciente. Não em igual proporção do que o público feminino, isto é fato!

Dentre os trabalhadores do território, encontramos os profissionais de saúde da USF Federação, cujo trabalho se “materializa” sob a forma de cuidado. Um trabalho que tem suas especificidades e complexidades, que confronta os trabalhadores com as adversidades da vida real para garantir, “na ponta”, o que foi preconizado pelo nível central. Eis aqui o motor que deve impulsionar o cuidado do usuário-trabalhador na RAS do SUS.

A presença dos profissionais de saúde da USF no território também é facilmente identificada pela aparência e forma como se vestem. A cor da pele, a maquiagem, o tipo de roupa, calçados e acessórios utilizados os destacam naquele cenário. O crachá pendurado no pescoço e a companhia do ACS facilitam o acesso ao território por onde é permitido transitar. Mais um indicativo da presença destes trabalhadores no (do) território são os carros estacionados ao longo da descida, em frente à USF Federação. Mais um sinal da heterogeneidade que delimita o cenário desta pesquisa.

A heterogeneidade da população adscrita à USF Federação é bem demarcada na fala dos profissionais de saúde: “*A gente tem **peessoas de classe média até em condições de miséria.***” (Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, entrevista). A diversidade socioeconômica também é demonstrada pelas ruas do bairro e na própria USF. “*Isso a gente consegue ver a partir das **características da casa, da pavimentação, do local onde mora.***” (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista); vê, também, na aparência física, forma de se vestir, de falar e de se comportar nos espaços de interação. Do usuário mais humilde, que sobe escadarias e ruas enladeiradas, com vestes simples, sorriso banguelo e suor escorrendo no rosto a uma minoria que traja tecidos finos e chegam à USF de carro climatizado. Estes últimos, geralmente vêm à unidade para tomar vacina ou pegar medicação, mas também foram vistos na sala de espera dos consultórios.

Um território com uma diversidade binária, na compreensão do médico da equipe Tulipa, representada por “*dois nichos*”: à frente, pessoas com melhor condição econômica, e na parte de trás, muito pobre. “Dois nichos” não tão bem definidos como ressalta uma ACS ao se referir às precárias condições dos moradores do Parque São Brás, região considerada como lado “*mais bem servido*” de moradores de classe média. Para ela, as pessoas estão vivendo de aparência, “*em condições lastimáveis, só vendo a realidade nos domicílios para crer*”. É na visita domiciliar que

*“a gente se depara de forma mais clara com a **realidade** e eu vejo que, a depender da região, tem uma certa **diferença socioeconômica**. Alguns que parecem ter **mais dificuldades financeiras** e outros que seriam ali de **classe média**.”* (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

O alargamento das condições precárias de vida e moradia dos indivíduos do território da Federação traz para o bojo desta discussão a necessidade de considerarmos a contribuição das mudanças macroestruturais (contextos político e econômico) em curso no Brasil para o acirramento das desigualdades sociais, decorrente dos impactos na condição de empregabilidade e perda de proteção social da população brasileira e, conseqüentemente, na saúde e na vida das pessoas.

E quanto aos profissionais de saúde, trabalhadores do território da Federação, como garantir a oferta de uma assistência de qualidade aos usuários-trabalhadores, com os baixos investimentos feitos em infraestrutura, recursos materiais e fragilização dos recursos humanos (desvalorização salarial dos profissionais de saúde, não redimensionamento da força de trabalho frente à demanda crescente pela assistência e ao envelhecimento do quadro efetivo sem reposição, por exemplo)? Institui-se uma lógica de mercado que não dialoga com a lógica do cuidado: aumento da exigência de produtividade (número de atendimentos e/ou procedimentos) às custas de uma força de trabalho reduzida e fragilizada.

Nestes termos, o fortalecimento de ações de valorização e de cuidado à saúde dos trabalhadores faz-se necessária, num contexto de baixos investimentos nas áreas da educação, da segurança e da saúde, os quais aumentam (em número e complexidade) as demandas de saúde para atendimento na APS. Outros aspectos que se constituem como fatores de risco e exposição dos trabalhadores do território são o aumento da violência urbana, da gravidade de demandas, da intensificação do trabalho e da precarização dos vínculos e condições de trabalho a que estão submetidos.

A capilaridade da APS (BRASIL, 2018a) confronta os profissionais de saúde da USF com a preocupante realidade dos usuários-trabalhadores do território. Seja na visita domiciliar, nas andanças pelo território ou nos atendimentos e procedimentos realizados na unidade, eles estão sim diante do trabalho vivo e/ou do usuário-

trabalhador. Além das possibilidades deste reconhecimento, apresentam alta sensibilidade para absorver o impacto das ingerências do modo de produção capitalista sobre a condição de trabalho e de empregabilidade destes usuários.

4.1.1 E de nossa saúde, quem vai cuidar? O cuidado do profissional-trabalhador em evidência.

*“A gente tem que **brig**ar internamente para que **reconheçam o nosso adoecimento**. Me sinto só, só tenho obrigações.”* (Etelvina, ACS da equipe Lírio, diário de campo - 01/04/2019).

E da nossa saúde, quem vai cuidar?” O pedido de ajuda feito pelos profissionais de saúde, no momento em que apresentamos o projeto de pesquisa, funcionou como sinal de alerta para as condições de trabalho dos profissionais de saúde. É certo que o meu olhar impregnado de conhecimento do campo da saúde do trabalhador não deixaria essa questão passar despercebida, porém, qualifiquei a escuta daquele pedido no sentido de significá-lo no contexto da pesquisa. Nestes termos, busquei compreender em que medida o sentimento de desassistência destes profissionais poderia se constituir enquanto uma barreira à assistência do usuário-trabalhador atendido.

O peso de ser trabalhador de saúde da APS é sentido e expressado no corpo e pela voz dos profissionais da USF Federação e NASF. A vocação e o desejo de cuidar do outro impactada pelos desafios de ter que carregar nas costas um sistema de saúde com toda a sua complexidade e contradições. Uma proposta de reorganização deste sistema por meio da implementação da APS, “assumida pelo governo brasileiro” (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013, p. 163), mas a que custo? Às custas do suor, do desgaste físico e mental e, do adoecimento dos trabalhadores de saúde? São eles que operam o sistema e ainda têm que assumir tecer a rede de cuidado a qualquer custo e ordená-la de modo a garantir a integralidade do cuidado?

Como falar de cuidado ao usuário-trabalhador sem abordar o cuidado à saúde do cuidador (profissional de saúde)? Ou melhor, como apostar na visibilidade das demandas de saúde do trabalhador do usuário do território se o trabalhador, profissional de saúde, está invisibilizado? Acompanhar o dia a dia de trabalho destes profissionais e escutar a sua voz possibilitou-me perceber adversidades do seu processo de trabalho que comprometiam o reconhecimento dos usuários-trabalhadores e suas demandas de saúde, o que ratifica a importância de pautarmos esta discussão.

Portanto, este enredo abordará resultados dos dados produzidos em campo que demonstram aspectos do trabalho na USF e sua relação com o objeto de interesse do estudo, entendendo que a forma como o processo de trabalho destes profissionais está organizada pode trazer implicações para o (não)reconhecimento do usuário-trabalhador e suas demandas de saúde relacionadas ao trabalho (DIAS, M. 2013). Mais que isso, tem o preço pago pelos profissionais de saúde e pelas equipes.

4.1.1.1 O ônus de uma territorialização “burocrática” e ações verticalizadas.

De fato, o recorte que fiz para este estudo não propunha abordar o processo de territorialização, porém esta questão permeou minha imersão em campo e o processo analítico me revelou uma série de distorções provenientes de decisões da gestão municipal fundamentadas no texto da nova PNAB (2017). Neste sentido, não me deterei à descrição do processo de territorialização em si, mas sim às distorções identificadas ao abordar a questão do remapeamento⁷ do território de abrangência da USF Federação e, o consequente ônus individual e coletivo acarretados por um processo que a mim se revelou burocrático e, portanto, distorcido da sua essência.

⁷ No contexto da USF Federação, remapeamento é o termo atribuído pelos profissionais para o cadastramento dos usuários do território e delimitação das microáreas/áreas de atuação dos ACS/eSF, o qual pode ser considerado como o processo de territorialização das áreas de adscrição a cada equipe.

Tomo a liberdade de fazer esta interpretação ao resgatar os conceitos apresentados na Seção 1.3 *TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO: PARA ALÉM DOS LIMITES GEOGRÁFICOS*, quando a importância da territorialização para organização dos processos de trabalho a partir da produção de informações sobre as necessidades de saúde, o perfil da população e identificação das condições de trabalho, moradia, fatores de risco e exposições.

Além da dinâmica do crescimento populacional no território, identifiquei outros dois aspectos que orientaram o processo de remapeamento na Federação: a publicação da Portaria Nº 2.436, em setembro de 2017, com revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, mudando-se a lógica do cadastramento de (150) domicílios para (750) indivíduos cadastrados por ACS; e, a resposta da gestão municipal a uma ação movida pelo Ministério Público com exigência para ampliação da cobertura da APS. Uma exigência necessária, porém, imposta de forma verticalizada, ao que parece, sem nenhum diálogo e articulação entre as instâncias envolvidas.

Importante ressaltar que a mudança de lógica para delimitação da área de cobertura de famílias (domicílios) para indivíduos, na Federação, trouxe uma considerável intensificação no processo de trabalho dos ACS. Passaram a ter que percorrer uma área muito mais extensa à sua anterior, tendo sido relatado por um ACS da equipe Tulipa, por exemplo, que chegou a incorporar mais 100 domicílios sob sua responsabilidade. Este fato justifica-se porque a depender da área, há uma concentração menos verticalizada de domicílios, além de existir estabelecimentos comerciais entre eles e, também, as dificuldades relatadas de encontrar morador em casa no momento da visita do ACS. Conforme orientou um técnico do distrito sanitário numa reunião que observei, o ACS deveria prosseguir pulando o(s) domicílio(s) que não encontrasse morador após três tentativas, sem êxito. Ou seja, ampliaria ainda mais a sua descida ou subida pelas ruas do território, distanciando-se da USF Federação.

A orientação dada é que deve cadastrar quem precisa ser cadastrado, mas **se não localizar em casa e não tiver o cartão SUS é para pular para o próximo domicílio, até atingir a meta estabelecida na portaria**. Uma ACS, pergunta se não seria possível cadastrar quem estiver trabalhando no comércio e o técnico diz que não, porque **não é possível dar seguimento ao trabalhador, mas que ele pode ser**

atendido no acolhimento. Refere que na portaria **está preconizado até 40 casas vazias.** Uma ACS retoma a questão das casas fechadas dizendo que “se eu pular vou para outra rua que nunca foi coberta” e, em complementação, o técnico diz que entrará na relação da área de abrangência da equipe e que, “comentamos sobre a área de influência da unidade para as equipes se dividirem. Apesar de terem dito que a gente da secretaria remapeia sem ter conhecimento da área é importante que saibam que **a gente dá as diretrizes gerais, mas o detalhamento, o miudinho são vocês que fazem**”. Diz, também, que **o processo de cadastramento está judicializado e que o Ministério Público (MP) está pressionando a SMS para ampliar a cobertura da APS. “Não é à toa que a gente está no pé de vocês”.** Neste momento compreendo o que está por trás de toda a cobrança pelo número de indivíduos cadastrados. Aqui um outro ponto merece ser problematizado: as repercussões das práticas desarticuladas intersetorialmente, mesmo sendo a ST (e a saúde de forma mais ampla) uma área transversal e que, por si, requer esse planejamento e articulação. Em que medida há algum diálogo entre MP e SMS no sentido de garantir a qualidade da assistência, com equipes dimensionadas e ofertadas as condições de segurança e recursos básicos para a sua realização? Sobre possibilidade de fazerem um mutirão para ajudar os ACS que não alcançaram a meta, o técnico do DS diz que “os processos de trabalho, enquanto equipe, devem ser comunicados para gerente. É preciso estabelecer um período para a **solidariedade de sacrifício.** A coisa não é simples porque **tem implicações maiores.**” Sugere que quem for ajudar faça o cadastro no papel para reduzir o tempo fora de sua área e a/o responsável pela microárea deverá passar depois o cadastro para o tablet. A enfermeira questiona qual será o respaldo que será dado para quem for ajudar, como ficará a produtividade? Fica definido que tudo deve ser documentado por e-mail, entre a unidade e o DS, de modo que sejam orientações uniformes. (Reunião geral da USF Federação com técnicos do Distrito Sanitário, Diário de campo - 16/09/18).

Após o encerramento desta reunião, fiquei atenta aos “burburinhos” e inquietações. Este foi um momento cheio de tensionamentos, mas que me possibilitou compreender a lógica que orientava a ação do remapeamento. Uma lógica verticalizada, com quase nenhuma margem de flexibilização, apesar de, naquele momento, os técnicos do DS terem ouvido as angústias e tentado dar soluções. Soluções estas orientadas pela mesma lógica, do empenho para o alcance dos números e do controle sobre a força de trabalho. Traz-se um apelo de ampliação da cobertura para promoção da saúde, mas que se esbarra em uma infinidade de situações que se mostram comprometedoras da função precípua da estratégia da APS e, a meu ver, invisibilizam as necessidades de saúde relacionadas ao trabalho. Como integrar ações de ST na APS num contexto como este?

O texto da PNAB que define as responsabilidades, competências e ações a serem desenvolvidas pelas equipes é bastante orientador, porém, a sua operacionalização no contexto da USF Federação revela uma série de contradições. Talvez, um dos grandes “nós” consiste no fato de os holofotes estarem voltados para os profissionais de saúde, projetando sobre eles uma série de responsabilidades que extrapolam a sua governabilidade. Além disso, algumas “brechas” desse texto favorecem decisões no âmbito da gestão municipal que tem resultado no crescimento da cobertura da APS por meio de inauguração de UBS com equipes de atenção básica (eAB) ao invés de equipes de saúde da família (eSF); e, também, numa lógica de ampliação de indivíduos cadastrados com baixo investimento na oferta de recursos humanos.

A ampliação da cobertura é necessária, mas é preciso criar mecanismos para que as decisões tomadas não comprometam toda a lógica preconizada para a garantia da integralidade do cuidado no SUS. Não poderia este processo ser negociado e orientado por um plano de ação factível, considerando o redimensionamento da força de trabalho, envolvimento dos setores afins e garantia de recursos condizentes? Como consequência, muitos problemas resultaram deste processo: desgaste dos trabalhadores; erros na contagem e, conseqüentemente, delimitação das microáreas; retrabalho; perda da qualidade dos dados produzidos.

O ônus (individual) dessas decisões recai sobre os profissionais de saúde, já que deverão administrar os desafios do cuidado, com ofertas mínimas de recursos (materiais, humanos, orçamentários) para que a população não fique desassistida. *“Cansaço! Cansaço, **doença**, muita gente ficou **doente**. Teve gente que estava aí com **depressão**, com tudo, **preocupado** de perder o emprego [várias ameaças] de tantos anos, com **dores no joelho e membros**. Morena [ACS] tem **artrose** nos dois joelhos e por conta do recadastramento foi **muito sufocante**, a gente tinha prazos, prazos, prazos e eles não estavam nem aí se a **culpa era deles ou não**, que a gente não chegava ao nosso prazo, o que posso fazer?”* (Marta, ACS da equipe orquídeas, entrevista).

O impacto do remapeamento também resultou em ônus coletivo, para as equipes de saúde da USF e, para a população que deveria ter sido exclusivamente beneficiada. Para as equipes, que deveriam trabalhar de forma alinhada e integrada,

foram criados impasses diante da necessidade de redefinição da abrangência das áreas e delimitação das microáreas, ocasionando atrito e enfraquecendo as ações de grupo daquele coletivo.

Teve algum momento aqui que a gente teve muita dificuldade. As **equipes** estavam meio **esfaceladas**, estava um **clima muito ruim** por causa do remapeamento. Esse **remapeamento** trouxe um processo de **sofrimento enorme** para **unidade**. Eu não sei se você reparou na reunião da equipe Orquídeas, tem uma ACS que visivelmente **não tem mais condição de trabalhar** e eu fico assim muito penalizada pela condição dela, alheia, pegou muita coisa, uma área que não era dela, já com uma **idade avançada** [...]. **Causou muito sofrimento, problemas de convivência**, como a desse ACS que estava aqui, que é uma figura extremamente relacional, porque uma ACS queria a área dele e ele pegou uma área que ela não queria estar, e saiu de uma área que **tinha vínculo**. Então, isso **mexeu enormemente com os trabalhadores e ficou assim uma ferida!** Os **enfermeiros** foram colocados num lugar assim muito difícil, uma até me pediu apoio para condução dos processos. Porque o distrito e a secretaria, principalmente a secretaria, colocou que os enfermeiros eram os **chefes** e eles que **deveriam dizer** qual era **a regra**. Tipo assim: “não a gente precisa ter um critério para incorporar ou tirar uma área de alguém. Você pode adotar o critério que você quiser, até de convivência, você pode colocar o critério que você quiser. Então, **isso é muito assédio**, porque você [o enfermeiro] está convivendo com aquelas pessoas o dia inteiro. Você não vem de cima e diz assim oh, faça isso, e depois vai embora. Não, você convive com aquela pessoa o tempo inteiro e o seu trabalho depende daquela pessoa [ACS], então isso foi muito sério aqui. Até hoje a gente vê muita coisa assim, o envelope que não está pronto e tem que fazer. Eu acho que se fizer um levantamento epidemiológico, a **quantidade de licenças de ACS que aumentou** nesse processo foi assim, com certeza, eu falo pelo empirismo. [...]”. (Clara, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista).

Já nas primeiras observações de reuniões de equipe, os reflexos do remapeamento em curso foram vistos impressos no corpo e expressados pela voz daqueles profissionais. O relato de Clara ratifica o que observei: profissionais cansados, desgastados física e emocionalmente, angustiados, melindrados, adoecidos, queixosos, desmotivados. O processo de remapeamento estava ocorrendo a um alto custo pessoal para o profissional de saúde da USF Federação. Com baixa energia e motivação; acuados e temendo retaliações, os profissionais tiveram a sua saúde abalada, o que refletiu em um aumento de atestados médicos

com afastamentos de curta duração. Um indicativo de que o processo estava sendo mesmo adoecedor!

A ampliação da microárea por ACS implicou numa redistribuição de domicílios cadastrados, tendo os ACS que passar famílias para outros ACS e, também, agregar novas famílias. Como consequência, vínculos estabelecidos foram bruscamente rompidos, ocorrendo resistências de ambos os lados: dos usuários, que resistiram em ter outro ACS e/ou equipe de referência; e, dos profissionais, por terem que “abrir mão de seus pacientes” (como se referem) e terem que conquistar a confiança dos novos indivíduos cadastrados.

[...] com o remapeamento eu **mudei totalmente de área**, praticamente. Eu fiquei com a minha área, com a minha área não, com a **minha micro**. **Cedi** parte desta micro e **passei** para outra parte que era de Mabel. **Peguei** uma parte que era de João Carlos [ACS] lá na ladeira 13 de julho. Eu pego a avenida Edith, Rua Pedro Gama, que é a parte que já é aqui em cima. A Av Edith é uma ladeira que dá lá no Vale da Muriçoca, que é Sérgio de Carvalho [rua]. Aí eu faço fronteira com Beth. Uma parte dessa Av. Edith eu **cedi** para ela e mesmo assim **ainda continuei dentro** da Edith. Aí eu subi só mais um pouquinho, **cedi a metade praticamente** para ela e **fiquei com a outra metade**. E **subi mais um pouco**, que eu já tinha na verdade. **Fiquei** na Rua Pedro Gama que é bem próximo ali onde tem o campo, o segundo campo. Tem uma invasão que é lá no fundo. Aí saio de lá da Edith, a Edith de baixo, aí subo a ladeira e entro na outra onde é o Centro Social Urbano, onde eu faço fronteira com Mabel e Carmem. Eu pego essa segunda travessa, Pedro Gama, entrando à esquerda, e pego a 13 de julho que é perto do CSO, aí **ficou bem difícil, muito mais difícil cadastrar porque tem muitas pessoas que trabalham**. Então é difícil e assim, **difícil pra acompanhar** esses pacientes. **Antes eram 150 casas**, a gente pegava residências e **hoje a gente tem que cobrir pessoas**. São 750 e eu já tenho 240, 224 famílias, e eu tenho 500, 530 pessoas. Pra até 650 [número de indivíduos estipulado em portaria pela Secretaria Municipal de Saúde para cadastro por ACS], são muitas. É, 241 pessoas, casas eu tenho. E aí fica muito difícil porque para visitar pessoas assim eu acho que **perde um pouco a qualidade** porque tem que ser assim corrido. Precisa de números. **Quem quer número não quer qualidade, quer quantidade**. Então, é muito complicado. [...] Aí eu não sei o que é que me espera depois disso aí! (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista).

Dito desta forma, parece até que a microárea da ACS é um labirinto. Ruas divididas, agregadas ou cedidas; sobe e desce; vira e segue andando, imbuída de atingir a meta. Uma meta numérica, radicalmente estipulada, sem considerar as particularidades do território e as especificidades de cada área. Uma heterogeneidade

intra e entre áreas, onde tem ACS que percorre regiões mais planas e próximas à USF Federação, enquanto outros sobem e descem becos, vielas, ladeiras e escadarias, alcançando áreas bem distantes da unidade. Diferentes realidades geográficas que não foram consideradas no processo “numérico do remapeamento”, sendo atribuído, de forma verticalizada, o número de indivíduos cadastrados por ACS.

A territorialização, uma das diretrizes orientadoras da PNAB que, ao meu ver, é a base que sustentaria o primeiro “nó” da rede de cuidado integral à saúde do trabalhador, da forma como foi conduzido, deixou várias folgas. Folgas que afrouxam a “linha-guia” do cuidado do usuário-trabalhador, do território para a USF Federação e, daí para a RAS do SUS. Fragilidade esta, decorrente do desgaste físico e emocional imposto pela verticalização do processo e, sobretudo, pelo comprometimento do vínculo previamente estabelecido.

Eu tenho 207 casas cadastradas e 582 indivíduos. Eu tinha mais, mas eu dei uma parte para Jalmira. Eu tinha uns seiscentos e poucos, eu tinha mais pessoas e eu tive que dar para Jalmira umas porque ela tinha menos do mínimo estabelecido eu tive que passar para ela. [...] pessoas que já acompanhava a muito tempo. É ruim, não é? Mas, assim, o povo [que ela “deu” para a colega] vem e procura a gente, vai fazer o que?” (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista).

Ao focar na exigência de números para avaliação de desempenho pela redução do “tempo morto” de trabalho, perde-se de vista as variabilidades do processo de trabalho que requerem dos profissionais de saúde a realização de ajustes para garantir um cuidado de qualidade, às custas de tempo e envolvimento afetivo, mas que não são valorizados e nem reconhecidos pela gestão, pois não foram previstos nos *scripts* da avaliação de desempenho (CASTRO e OLIVEIRA, 2017). Além disso, a meta numérica desvia a atenção do propósito de conhecimento do território a ponto de *identificar* determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva para o planejamento de intervenções capazes de promover e proteger a saúde da população e, prevenir e controlar riscos, agravos ou doenças. (BRASIL, 2018b).

Deste modo, verifiquei uma rotina bruscamente impactada pelas decisões tomadas no âmbito federal que foram adotadas da gestão municipal. Decisões estas orientadas por uma lógica de produtividade, desempenho e eficiência às custas de baixos investimentos em infraestrutura, recursos humanos e materiais. Contradições que comprometem a integralidade do cuidado e expõem os profissionais a

constrangimentos, frustrações, (auto)cobranças, agressões, sobrecarga física e sofrimento.

Como um efeito em cascata, as distorções a nível de decisões da gestão imprimem um ritmo acelerado no trabalho dos ACS que terminam por realizar um cadastramento burocrático, com priorização de preenchimento apenas de campos obrigatórios na ficha disponível no tablet. O campo ocupação, uma das informações de fundamental importância para realização do perfil sociodemográfico e análise de situação de saúde dos trabalhadores do território, não vem sendo preenchido pelos ACS durante o remapeamento. Primeiramente, por não ser um campo de preenchimento obrigatório; pela não valorização desta informação no momento da capacitação para uso do tablet (segundo relato dos ACS); e, pela dificuldade de localizar ocupação compatível com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), como referido.

Nestes termos, os prejuízos decorrentes da produção insuficiente de informações traz um ônus coletivo para a população do território, que não será beneficiada por uma caracterização ampliada de seus problemas de saúde, com identificação de situações de risco relacionadas à sua condição de (não) trabalho, de modo a possibilitar o desenvolvimento de *“ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.”* (DIAS et al, 2009, p. 2065).

Os aspectos aqui retratados demonstram características de um modelo de gestão cujas decisões imprimem sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde, expondo-os a fatores de riscos para ocorrência de agravos relacionados ao trabalho e, o pior, sem nenhuma perspectiva de investimento para ampliação do coletivo de trabalhadores já reduzido.

Essas dificuldades e as mudanças geradas pela **exigência de produção, de números**. O tempo de ajuste do sistema sem redução do número de pacientes trouxe impactos também na comunidade. Hoje há **muitas cobranças** por parte da comunidade, “você não vem mais aqui”, “você não nos ouve mais”. Porque **as pessoas querem ser atendidas com dignidade**. (Madalena, médica da equipe Lírio, diário de campo 01/04/19)

Nas próximas seções, serão demonstrados outros aspectos do processo de trabalho dos profissionais de saúde que podem comprometer o reconhecimento do

usuário-trabalhador e, seu devido acompanhamento na USF Federação com ordenamento do cuidado na RAS.

4.1.1.2 O “trabalho vivo” dos profissionais de saúde da USF Federação e as “duas faces” do cuidado

“Quando a gente fala de saúde a gente acha que vai cuidar, fazer algo por alguém, mas são tantas as dificuldades que nos impedem. Mas há sempre esperança, depois de 20 anos de trabalho, ainda tenho esperança. Esperança de um novo gestor, de uma nova gerência, de um novo olhar.” (Etelvina, ACS equipe Lírio, diário de campo 01/04/19)

A observação dos profissionais de saúde da USF Federação em ato traz elementos acerca de uma rotina de atividades estruturada por equipe, tendo em vista a distribuição dos profissionais por consultório / espaço disponível na unidade. Neste contexto, o “trabalho vivo” dos profissionais revela duas faces da produção do cuidado: o “**cuidado como vocação**”, que impulsiona e motiva o trabalhador frente à possibilidade de ajudar ao usuário; e, o “**cuidado como desafio**”, que lhe fragiliza e desanima.

O cuidado como vocação, exerce função protetiva para a saúde mental dos profissionais de saúde, notadamente quando sua intervenção é concretizada em possibilidades de mudança favorável à saúde e/ou condição de vida do usuário atendido. “[...] a gente assume o **compromisso com a comunidade e nossa satisfação é ver as pessoas progredindo.**” (Solange, ACS da equipe Tulipa, diário de campo 25/03/2019). Agregada ao compromisso ético e capacitação profissional, a vocação impulsiona o trabalhador a enfrentar os desafios do cuidado que são impostos pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia de trabalho.

A luta diária travada pelos profissionais de saúde para transpor as diversas barreiras que impactam sobre o seu trabalho e comprometem o exercício do cuidado como vocação, constitui-se como fator de risco para o adoecimento destes trabalhadores, que passam a amargar o sabor da impotência. Uma impotência que pesa no corpo, gera sobrecarga física e psíquica e, como consequência, desassistência.

A gente **chegou** aqui **supermotivados**, com muitas coisas para fazer, com vários grupos, a gente estava muito motivado, sabe? E aí a gente vai indo e vai vendo que não adianta assim, que são **muitas dificuldades** que **a gente não consegue**. E aí, uma desmotivação assim, a gente **fica desmotivado** mesmo, porque são muitas as dificuldades que a gente tem. Porque parece que não, que está tudo bem assim, mas não, é muito desmotivador. Tanto que você não vê **ninguém** assim **animado**, querendo continuar na atenção básica. Parece que está **todo mundo querendo sair** da atenção básica. Porque todo mundo está procurando **um jeito de escapar** e quando chegar uma oportunidade todo mundo vai escapar, essa que é a verdade, sabe? Todo mundo assim, eu digo, **a maioria**. Porque todo mundo fala que **está no limite**, que não dá mais e tal? **Começa a colocar na balança até que ponto essa estabilidade do concurso, mas a que custo, não é?** É, entendeu, ou até vê alguma vantagem nisso e por isso não sai, mas procura um outro jeito de se estabilizar também. [...] **mesmo com todos os problemas** eu acho super importante a atenção básica e defendo! Apesar de tudo **eu gosto**, entendeu? E eu acho que tem jeito. (Francisco, enfermeiro da equipe Lírio, diário de campo 24/09/18).

Existem **muitos desejos e necessidades**, mas **poucos recursos**. Falta material, falta estrutura e isso **desgasta**. (Karine, odontóloga da equipe Tulipa, diário de campo 22/04/19).

Mediando os impactos positivos ou negativos dessa “balança”, encontra-se a subjetividade dos trabalhadores. Como diz Esperança, auxiliar de saúde bucal da equipe Tulipa, *“é preciso ter **preparo psicológico** e buscar **não focar sobre os problemas**.”* para aguentar firme. A tristeza e a frustração vivenciadas resultam do sentimento de impotência frente à realidade tão adversa da população.

Às vezes dá muita **tristeza e frustração**. A **vida** das pessoas que **não tem solução**. As pessoas que você viu nascer e que estão se perdendo [para as drogas]. E você, ACS, **vive junto** com eles [usuários] e tem sua **vida afetada**. O trabalho do ACS é o contexto de vida das pessoas. (Solange, ACS equipe Tulipa, diário de campo 22/04/19).

Como ofertar cuidado à comunidade diante dos problemas enfrentados cotidianamente no exercício do trabalho? Como fortalecer a sua vocação frente aos desafios da prestação do cuidado num contexto de excesso de cobranças e escassez de recursos? Estes são alguns dos dilemas que expõem os profissionais da USF Federação a uma dura realidade de trabalho. Neste sentido, abordarei aspectos da rotina de trabalho tecendo considerações compreensivas acerca da relação entre o

que está previsto e a dinâmica viva do trabalho, carregada de movimentos, contrastes, complexidades e imprevisibilidades.

Shimizu e Carvalho Junior (2012, p. 2412) discutem o elevado custo afetivo dos profissionais da APS para lidarem com a agressividade alheia, disfarçarem seus sentimentos, aparentarem ter bom humor e controle emocional ao “*cuidar de outros seres humanos, em situações de fragilidades, por vezes, extrema.*” Um contexto de trabalho caracterizado por incertezas, que demandam esforço e habilidade dos profissionais para solucionar problemas imprevisíveis. (SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012).

Existem tecnologias, estratégias e procedimentos prescritos como parte da rotina no processo de trabalho das equipes *Cadernos da Atenção Básica – Saúde do Trabalhador* (BRASIL, 2018a, p. 36), que consistem em “*diagnóstico situacional, cartografia ou mapeamento do território; cadastramento das famílias; acolhimento, consultas (médica, odontológica e de enfermagem), elaboração do genograma e ecomapa; visitas domiciliares e grupos educativos.*”. Visto desta forma, o processo de trabalho das equipes da APS possibilita uma atuação contextualizada sobre as demandas de saúde da população de território adstrito, que visa a integralidade do cuidado com responsabilidade sanitária.

Na prática, a rotina dos médicos numa semana padrão é estruturada com agendamentos para consultas de saúde do adulto (quatro turnos); puericultura e pré-natal (um turno); além de um turno para: demanda aberta, acolhimento; reunião de equipe, Programa Saúde na Escola (PSE) e atendimento/visita domiciliar. Para os usuários da área adscrita à equipe cujo profissional médico tem carga horária reduzida (20 horas), esta oferta de serviços fica restrita a um turno visita domiciliar (intercalados com reunião de equipe, de 15 em 15 dias); um turno de consultas agendadas para saúde do adulto e puericultura; e, mais um turno para cada uma das outras atividades: saúde do adulto, pré-natal e acolhimento.

Uma vez que a ida dos médicos fica condicionada a um turno/semana, o seu planejamento se dá, normalmente, nas reuniões de equipe. Neste momento, os relatos dos ACS sobre a situação de saúde dos usuários da área adscrita orientam a organização de agendas conjuntas (com médica, enfermeira ou profissionais do

NASF) para atendimento de prioridades estabelecidas. É, também, um espaço para devolutivas com atualizações sobre a evolução dos casos, retornos e necessidade de novos agendamentos e/ou procedimentos.

À primeira impressão, a reunião de equipe constitui-se como um espaço “protegido”, que funciona como uma válvula de escape para a correia e pressão do dia a dia. Um tempo para respirar, um momento de encontro e de troca, quando é possível ver os profissionais mais à vontade, já que não têm paciente agendado e nem a obrigatoriedade de estar no território. Os profissionais vão chegando a seu tempo. Puxam a cadeira para sentar e, enquanto a reunião não começa, socializam-se, trocam amenidade, dão gargalhadas, discutem problemas de casa e do trabalho. Tem também aqueles que preferem ficar em silêncio, mexendo no tablet, nos papéis ou mexendo no celular.

Durante as reuniões, os profissionais apresentam os casos como se estivessem seguindo um *script*. Falam o nome do usuário, alguma referência sobre a família (número e/ou nomes), situação de saúde e, a partir daí trazem mais informações para orientar a definição de condutas: encaminhamento para algum grupo de atividades; atendimento domiciliar em conjunto com profissional da equipe e/ou do NASF-AB; agendamento de atendimento individual; articulação de apoio matricial; encaminhamentos, dentre outros.

A partir dos relatos dos ACS, normalmente, sobre as constatações feitas no contexto de vida das pessoas, os profissionais definem a prioridade para agendamento da visita domiciliar. Esta definição é orientada por critérios objetivos estabelecidos como, a gravidade do quadro clínico, condição de acamado, dificuldade de mobilidade e baixa acessibilidade decorrente das características do território e moradias. Porém, participando das reuniões pude perceber que existe uma dimensão subjetiva que define a decisão dos médicos, enfermeiros e profissionais do NASF de ir para o território, orientada por questões relacionadas à resistência do usuário em aderir ao tratamento/orientações fornecidas, recusa para ir à USF, pressão dos ACS para cobertura de sua área, dentre outros. Esta dimensão subjetiva foi expressada na fala de profissionais entrevistados e registros em diário de campo.

[...] a depender da gravidade, **entre aspas**, do paciente, o quadro clínico. Tem paciente que já tinha um ano sem ser vistos, então esse

a gente tem que olhar. Tem paciente que tem múltiplas comorbidades, a gente tem que olhar e basicamente o paciente que não pode vir à unidade por questões de mobilidade mesmo, por dificuldade motora ou esse paciente que eu citei que tem uma redução importante da visão e tem uma família que negligencia o cuidado.” (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

Uma ACS pergunta no grupo: “o que eu faço quando descubro um usuário com diabetes e que não quer ir na unidade? **Não gosta de vir aqui**. Eu já registrei isso no prontuário porque eu me resguardo. Vai que ela piora ... vão colocar a culpa em mim [...]”. A enfermeira diz que **fará o atendimento domiciliar, mas** alerta a ACS de que **esse não é um caso de atendimento domiciliar porque não tem restrição de movimentos** [...]. (reunião da equipe Cravo, diário de campo - 19/04/19).

Glória pergunta sobre o médico da equipe “cadê Dr. Manuel?” Prontamente uma **disputa se acirra** entre ela e a outra ACS, Eugênia, “nem venha que ele vai é fazer visita comigo, nem que seja de 2 em 2. Tenho 6, todos grudados”. Glória justifica que faltam poucos dos seus acamados para visita domiciliar e nesse momento inicia-se uma discussão entre elas. **Uma querendo impor à outra o limite para a visita domiciliar com o médico**. (reunião da equipe Tulipa, diário de campo - 17/09/2018).

Foi possível constatar o elevado grau de envolvimento que os profissionais têm com os problemas de “seus” usuários (existe, mesmo, essa relação de pertencimento quando relatam os casos, demonstrando aspectos do vínculo estabelecido) e as angústias sentidas diante das carências da população, de recursos para trabalhar e da RAS do SUS. Neste aspecto, a reunião de equipe representa um espaço importante onde os profissionais podem desabafar e se apoiar mutuamente.

A dinâmica das reuniões com a presença dos apoiadores do NASF é um pouco diferente, mas segue a mesma lógica de apresentação dos casos e planejamento conjunto de intervenções. A diferença maior decorre do fato de agregarem outros núcleos de saber ampliando as possibilidades de ação, encaminhamentos dos casos internamente ou para RAS. Foi possível verificar um movimento dos profissionais no sentido do que está previsto na PNAB quanto ao *“desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde.”* (BRASIL, 2017).

Carina, família 100, ACS Rita, usuária de drogas pesadas. Assim a assistente social do NASF inicia a apresentação do caso. Diz que recebeu a mãe dela, quem está muito preocupada com as crianças [filhos de Carina]. A filha caçula está com o pai e os adolescentes

estão com a mãe. Diz que Carina está tirando tudo de casa para vender e que tinham **orientado o tratamento dela no CAPSAD**, mas foi no período da greve que tinha reduzido os turnos de acolhimento para uma manhã e uma tarde por conta da redução de funcionários. “Ela não tem um documento, é como se fosse indigente, não dá nem para entrar com o pedido de bolsa família.” Enfermeira diz que “a gente não dá conta, a gente é atenção básica e nossa rede está totalmente fragilizada.” Reconhece os limites da APS, da RAS e demais redes de apoio que poderiam ser acionadas para dar encaminhamento ao caso. A **sensação de impotência** fica claramente **expressa na fala** da assistente social do NASF e demais participantes da reunião. Juntamente com o NASF, a equipe discute sobre o que poderá ser feito com as outras pessoas da família que estão envolvidas nesta problemática e a enfermeira adverte que, além da adicção, é muito agressiva. “a gente vai ter que **mudar o olhar para o caso** de Carina, tem que **olhar para as crianças e para a mãe dela que já foi agredida** por ela. A gente precisa **pensar nesses envolvidos**. A mãe dela é idosa e é cuidadora de idosos. Os filhos não estão regulares na escola. Já tem história de que houve abuso do filho de 5 anos. Já mandou recado **ameaçando quebrar a cara da enfermeira** se ela aparecer na casa dela. A enfermeira disse que, **pela segurança da ACS**, ela **não irá mais lá sozinha para atender** Carina. Fica claro para mim a sensação de insegurança que esta paciente causa na equipe, para além da ACS e da enfermeira que a acompanham diretamente (Reunião da equipe Orquídeas com o NASF, diário de campo 26/09/18).

O relato da situação desta paciente demonstra vários aspectos de interesse deste estudo para discussão: a complexidade de demandas que chegam para a equipe da APS, os limites da equipe para dar conta das situações, a fragilidade da rede articulação intra e intersetorial, a exposição dos trabalhadores da Unidade à violência decorrente do abuso de drogas, a sensação de impotência sentida pelos profissionais e a comoção com a difícil situação da família. Muitos dilemas, tensões, problemas e pouca ou nenhuma capacidade de resolutividade deste drama social.

A gente diz que não vai levar o **trabalho para casa** (pausa). A gente **finge que não leva**, porque é muito **frustrante** quando você vê uma criança que precisa de cuidado, convulsiona mais de 25 vezes por dia. Uma criança que andava, falava, comia sozinha e agora não faz mais isso e **você não tem rede, não consegue enxergar o que fazer**. A mãe diz que um profissional sugeriu acompanhamento psicológico para a filha e ela gritou, “quem precisa de psicólogo sou eu [...]”. É frustrante! (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, diário de campo – 01/04/18)

Beck et al (2010), por meio de estudo qualitativo com enfermeiros, identificaram que a valorização e reconhecimento dos usuários quanto ao seu trabalho, o processo de educação permanente; o estabelecimento de vínculo com os usuários e a atuação conjunta com os ACS são fatores que trazem realização e favorecem o trabalho dos enfermeiros. Em contrapartida, outros fatores que dificultam o processo de trabalho destes profissionais apontados no estudo, foram: a falta de recursos humanos, de materiais e equipamentos; a falta de compreensão da comunidade e dificuldades relacionadas à área física delimitada.

Em geral, os enfermeiros da USF Federação realizam as atividades de acolhimento, pré-natal, reunião de equipe, visita domiciliar, PSE, puericultura, testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C), planejamento familiar, atividade educativa e dois turnos de preventivo. Algumas particularidades foram observadas na rotina de uma enfermeira, que divide os turnos de pré-natal e planejamento familiar com as Práticas Integrativas Complementares (PICs) e, o turno que seria para realizar atividades educativas ela está à frente do programa antitabagismo. Também são responsáveis por atividades administrativas, como: coordenação das atividades e escalas dos profissionais auxiliar/técnico de enfermagem e ACS; condução das reuniões de equipe e, das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce instituídas pelo Ministério da Saúde (MS). Os (cirurgiões) dentistas participam das reuniões de equipe, atividades do PSE e, atividades clínicas e educativas em consultório.

Os auxiliares/técnicos de saúde bucal ficam envolvidos com as consultas odontológicas e todos os procedimentos e atividades (clínicas e educativas) daí decorrentes. Não foi comum observar a participação destes profissionais nas reuniões de equipe e nem dos auxiliares/técnicos de enfermagem, os quais ficam escalados para as atividades de sala de procedimentos (aferição de pressão e glicemia capilar), curativos e vacinação. Por determinação do nível central (Secretaria Municipal de Saúde), as atividades de curativo e aferição de pressão em domicílio, que eram realizadas por estes profissionais, foram suspensas, ficando restritos às atividades na USF. Pelo que entendi, a suspensão do curativo em domicílio foi motivada pela falta de materiais e pelo número reduzido de auxiliar/técnico de enfermagem, sendo priorizada a sua permanência na unidade, em esquema de rodízio de atividades nos espaços citados.

As atividades grupais desenvolvidas têm características educativas e terapêuticas, sendo coordenadas, na sua maioria, pelos profissionais do NASF. Tem aquelas que são realizadas na USF Federação (grupo qualidade de vida, saúde na sexta, cuidando das emoções, atendimento coletivo de nutrição e fisioterapia, grupo de gestante, saúde do homem); e, outras externas, como o grupo flores belas (idealizado e coordenado por ACS) e saúde no bar (coordenado pela enfermeira de uma equipe, com envolvimento de ACS e profissionais do NASF).

Enquanto estive em campo, os grupos de gestante, Flores Belas e sábado do homem estavam suspensos. A baixa adesão das mulheres gestantes ao grupo foi a justificativa apontada para sua retirada da lista de atividades grupais ofertadas para comunidade. Já o grupo Flores Belas, de iniciativa dos ACS da USF Federação, era realizado nos domicílios, reunindo usuárias com algum tipo de dificuldade para sair de casa ou se socializar. O grupo trouxe a oportunidade das ACS realizarem atividades de beleza e autocuidado. A suspensão arbitrária desta atividade pelo DS, sob alegação de possível exposição biológica (tirar cutículas das unhas das pacientes) é lamentada pelas ACS.

*“Saúde do homem, nos outros distritos, outras unidades de Salvador, várias acontecem, aos sábados, mas aqui no distrito a **coordenação achou que não estava sendo válido, porque talvez não tivesse muito adesão.**”* (Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, diário de campo 10/05/2018). Os motivos relatados pela enfermeira revelam um certo endurecimento do nível gerencial do DS na oferta de horários alternativos que possibilitem o acesso de usuários homens ao serviço. Porém, conversas estabelecidas com ACS enquanto realizava observação na recepção da USF Federação revelaram que o principal motivo para esta atividade ter sido cancelada foram as dificuldades criadas para liberação (folga) dos profissionais que participaram.

A criação de horários alternativos (estendidos e aos sábados, por exemplo) como estratégia para aumentar a acessibilidade e atender as necessidades da população é um aspecto ressaltado pela PNAB (BRASIL, 2017). O sábado (saúde) do homem foi idealizado como forma de reduzir as barreiras do cuidado impostas pela cultura de gênero. Considerando os relatos recorrentes dos ACS acerca das dificuldades de cadastramento de usuários-trabalhadores (que não são encontrados no domicílio no

horário de funcionamento da USF Federação), este espaço poderia ser repensado como o sábado da saúde do trabalhador e da trabalhadora, ampliando as possibilidades de acesso deste público.

Os ACS, além das visitas domiciliares diárias, participam do acolhimento, do PSE, da reunião de equipe, de atividades grupais com o NASF e atividades educativas em sala de espera. No período do trabalho de campo não tive oportunidade de observar o envolvimento dos ACS com as atividades de sala de espera, mas sim estudantes de graduação. Por se tratar de uma unidade onde são desenvolvidas atividades assistenciais, de ensino, extensão e pesquisa, dezenas de estudantes circulam, diariamente, na USF Federação. Mesmo que supervisionados por professores vinculados à universidade de origem, a presença dos alunos demanda tempo e atenção dos profissionais, lhes confere responsabilidades para transmissão de conhecimento e interfere na rotina de atividades, como bem ilustra uma ACS em entrevista.

Eu vi uma **sala de espera** acontecendo quinta passada **com os estudantes**. Tem muitos estudantes, então com isso **a gente fica um pouco dispersos**. [...] a professora vem e fica lá na sala, se reúne e dependendo da situação a gente sai com eles, também, a gente sai pra eles conhecerem a área e, algumas visitas. [...] **é complicado sair com os estudantes** porque tem casas que são uns cubículos, pra levar, cinco, seis estudantes. Eu saio, particularmente, eu só saio com mais ou menos dois ou três, no máximo, não passa disso. Aí, então, [...] é bem rotativo de estudantes. [...] Tem da UFBA, psicologia, odonto, medicina, fono; tem da Jorge Amado [Universidade UniJorge], enfermagem e fisioterapia. [...] não tenho nada contra não. Sem falar porque para eles ser um profissional eles precisam, né, é necessário.” (Morena, ACS da equipe Cravo).

Vestidos de jaleco e/ou trajando branco os estudantes movimentam a unidade, acompanham atendimentos, realizam ou participam de atividades educativas e terapêuticas. Numa relação dialética, agregam conhecimento, desenvolvem competências e habilidades, aprendem a lidar com os problemas de saúde e as mazelas da vida de cada usuário atendido. Se, por um lado, contribuem com o funcionamento do serviço e a prestação do cuidado, por outro, superlotam os espaços da unidade e demandam tempo e atenção dos profissionais durante os atendimentos. Como num jogo de aperta daqui e folga dali ajustes são necessários e regulações são realizadas de modo que todos sejam beneficiados e as lacunas na assistência sejam amenizadas.

A PNAB reconhece a USF como espaço em potencial para “educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS” (BRASIL, 2017). Porém, sem perder de vista os benefícios que esta prática pedagógica acarreta para formação profissional e cuidado ao usuário, num contexto de urgência de mudança de modelo de assistência à saúde no SUS, chamo atenção para as repercussões da sobreposição de responsabilidades que recai sobre o profissional da USF e, que podem comprometer o reconhecimento de demandas de saúde relacionadas ao trabalho dos usuários, replicando-se uma lógica assistencial centrada no modelo biomédico.

Conforme foi verificado, as demandas de trabalho do profissional de saúde requerem que este seja um trabalhador polivalente. Uma polivalência que lhe impõe um ritmo acelerado para dar conta da meta (mal dimensionada) de atendimentos a qualquer custo, com escassez de recursos, causando a sensação de desânimo, e até mesmo exaustão, por trabalhar “enxugando gelo”.

Eu tenho a **sensação de enxugar gelo o tempo** todo diante das dificuldades. Em algum momento você percebe que colocaram a gente aqui para fazer outra coisa. O que a estratégia quer é que eu fique aqui [gesticula mostrando o espaço físico da unidade] fazendo atendimento, **desmobilizada, gerando números**. Isso tem **impacto na nossa saúde**. São tantas as dificuldades, são tantas as desigualdades. (Madalena, Médica da equipe Lírio, diário de campo – 22/04/19).

No contexto da USF Federação, as exigências cognitivas e sobrecargas do processo de trabalho causam estresse, desgaste e muita insatisfação, podendo acarretar em prejuízos à sua saúde física e mental. Conforme estudo de Oliveira e Araújo (2018) com trabalhadores da APS, o desequilíbrio entre situações que demandam alto esforço dos profissionais e trazem baixa recompensa estão fortemente associadas à ocorrência de transtornos mentais comuns na população do estudo.

Comportamentos e falas que sinalizam como decisões equivocadas e omissões por parte da gestão pesam no corpo e consomem “a alma” do trabalhador: *“O varal está pesado, a roupa está encharcada e não tem sol para secar. **É como a gente se sente, encharcados, absorvendo tudo e sem conseguir secar.**”* (Clara, Terapeuta

Ocupacional do NASF-AB, diário de campo - 01/04/2019). As falas dos profissionais acerca do seu processo de trabalho apontam indícios de sofrimento mental.

Um estudo detalhado e cuidadoso do ambiente e processos de trabalho na USF da Federação poderá subsidiar a gestão municipal na adoção de medidas protetivas e de promoção da saúde dos profissionais de saúde. Certamente, ao cuidar dos profissionais de saúde, contribuirá para que o “**cuidado como vocação**” se sobreponha ao “**cuidado como desafio**” e, assim, o cuidado ao usuário-trabalhador seja potencializado.

4.1.1.3 O acolhimento em cena: rotinas e situações adversas que expõem o profissional de saúde

*“As pessoas buscam ser ouvidas. **Ouvir** é um **cuidar**, **acolher** é um **cuidar**. Algumas pessoas têm dentes, mas não sabem sorrir [...]. Mas, também, o que **falta** é o **cuidado** com o **cuidador**, pois esse precisa ser cuidado e muitas vezes é **esquecido**.”* (Esperança, ASB equipe Tulipa, Diário de campo 25/03/19)

Sem querer desconsiderar a noção de acolhimento apresentada no Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento da demanda espontânea (vol. 28), enquanto uma prática que permeia a relação de cuidado estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários atendidos (BRASIL, 2013a) enfatizarei o acolhimento enquanto espaço criado para atendimento de demandas espontâneas na USF Federação. Conhecer o modo como está organizado, sua dinâmica de funcionamento e situações adversas ocorridas ajudou-me no processo de compreensão de como os usuários-trabalhadores são atendidos e aspectos que dificultam ou favorecem o seu reconhecimento. Porém, nesta seção focarei a discussão nas repercussões de tais situações para a assistência prestada e, sobretudo, para os profissionais de saúde.

O espaço do acolhimento acontece de segunda a sexta-feira pela manhã, para atendimento de usuários com queixas agudas, independentemente do vínculo com a USF Federação, configurando o princípio da universalidade do SUS. Trata-se de uma modelagem do tipo “equipe de acolhimento do dia” (BRASIL, 2013a, p. 29). A

capacidade para atendimento da equipe no turno foi estimada em vinte usuários. Havendo procura superior ao número estipulado naquele turno, o acolhimento deve ser realizado, contando com o suporte médico das outras equipes. Como disse a enfermeira da equipe Orquídeas, diante da colocação de uma colega de trabalho: “o limite do acolhimento quem dá, o número de vagas ou o horário do profissional? **Se tem vaga tem que atender. Se recusar atender, leve o caso para gerência resolver!**” (Enfermeira da equipe Orquídeas, Diário de campo - 10/07/2018).

Na USF Federação, a forma como está organizado pode até representar um movimento de ajuste do processo de trabalho dos profissionais de saúde para desburocratizar o acolhimento, mas ainda apresenta características de uma abordagem do tipo queixa-conduta mais expressiva do que usuário-centrada, conforme orienta Brasil (2013a). Não foram observadas ferramentas para avaliação e estratificação de risco e vulnerabilidades, estratégia defendida pelo Ministério da Saúde para promover o acesso ao cuidado com equidade (BRASIL, 2013a). Porém, ao identificarem situações sugestivas de maior gravidade (criança com febre alta, usuário passando mal, pico hipertensivo, dentre outras), disparam comunicação para atendimento prioritário pela enfermeira/médica, independentemente da ordem de chegada.

A disponibilidade do atendimento de demanda espontânea pareceu para mim uma grande oportunidade para o acesso do usuário-trabalhador do território à USF Federação, independentemente de ser morador, o que possibilitaria disparar intervenções de vigilância em saúde do trabalhador em atividades produtivas do bairro, além de ativar a RAS para o seu cuidado integral. Na minha compreensão, o acolhimento de demandas de saúde dos usuários-trabalhadores na perspectiva da integração de ações assistenciais e de vigilância à saúde (Visau), seria um sinalizador, ou melhor, um disparador do cuidado integral na perspectiva da Visat.

Até onde consegui compreender, na rotina do acolhimento da USF Federação o usuário-trabalhador não adscrito recebe a atenção necessária naquele momento, com prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos para marcação de consultas e/ou procedimentos na RAS. Os procedimentos adotados para com o usuário-trabalhador adscrito são os mesmos, acrescidos da possibilidade de cursar com o acompanhamento longitudinal e, se realizado pela equipe de referência,

ganha uma atenção especial e maior envolvimento do profissional, com o qual tem vínculo estabelecido.

Operando desta forma, a capacidade de atuação sobre os determinantes e condicionantes de saúde do usuário-trabalhador fica comprometida duplamente: a nível individual, deixa-se de lhe ofertar uma abordagem ampliada do seu problema de saúde e, ele acabará retornando para o mesmo ambiente de trabalho para realizar as atividades sobre as mesmas condições adoecedoras; a nível coletivo, a não consideração do sintoma individual enquanto um problema que (pode) afeta(r) um grupo de trabalhadores predispõe novos adoecimentos, além do agravamento do problema daquele usuário-trabalhador que havia sinalizado o problema.

Brasil (2018b) orienta para a possibilidade de pactuação e negociação entre gestão e equipes para vinculação, por exemplo, do usuário-trabalhador, numa unidade próxima ao seu local de trabalho, desde que sejam garantidos alguns aspectos, como a interlocução com a sua equipe de referência. Entretanto, a garantia do cuidado integral do usuário-trabalhador (não morador) atendido e a possibilidade de a equipe da USF disparar o diálogo com a equipe de referência e a ordenação do seu cuidado na RAS ficam comprometidos, pois a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município de Salvador é muito baixa e o prontuário eletrônico ainda não é uma realidade. Muitas unidades de saúde estão carentes de recursos de informática e de acesso (satisfatório) à internet, o que não favorece a produção de informação em saúde e nem a comunicação entre as unidades onde foi realizado o atendimento e a de adscrição do usuário.

Na USF Federação, a implantação do prontuário eletrônico foi iniciada no início do ano de 2019, já sendo possível identificar algumas repercussões no processo de trabalho dos profissionais. Durante capacitação dos profissionais de saúde da equipe Lírio na temática da Saúde do Trabalhador, por exemplo, a médica fala sobre a sua dificuldade com o manejo da tecnologia. Se por um lado ela se considera lenta na digitação, por outro reconhece que há, também, uma lentidão no sistema e muitos campos a serem preenchidos. Além disso, o número de pacientes por turno ficou mantida. Como consequência, a médica refere que se sente pressionada, estressada, tensa e muito triste porque o que ela tem de melhor a oferecer ao paciente, que é a escuta qualificada, está sendo comprometida nesse processo.

*Há um descompasso entre o nível central e a ponta. Não somos ouvidos. O **prontuário eletrônico** chegou e eu até achei que seria uma coisa boa. Mas ele **tira o meu tempo de escuta** do paciente, pois eu tenho que atender. **Reduzir meu tempo de ouvir e olhar para o paciente**, pois tenho que lançar as informações no prontuário e isso demanda tempo que precisa ser tirado de algum lugar. E é tirado do tempo dedicado a escuta do paciente, pois tem que ter produtividade. **Não se dá valor a qualidade**. Há a exigência de número de pacientes, mais gente, mais pressão. (Madalena, médica da equipe Lírio, diário de campo 01/04/19).*

Como identificar determinantes ou condicionantes do processo de adoecimento do usuário-trabalhador num contexto como este? Em que medida a exigência de produtividade sobrepõe-se à abordagem médica forçando-a a limitar-se ao atendimento de demandas do tipo queixa-conduta? Neste aspecto, as repercussões das distorções nos processos de trabalho dos profissionais de saúde revelam-se como barreiras para o reconhecimento do usuário trabalhador e seu devido atendimento.

Apesar de representar uma ampliação de acesso pelo atendimento de demandas espontâneas, além da agenda programada (BRASIL, 2013a), o acolhimento foi organizado na USF Federação em três etapas consecutivas. Seriam estas etapas ampliação ou barreiras de acesso? À primeira vista, pareceu uma espécie de triagem, um afunilamento de demandas que chegam à unidade até o consultório médico. Importante ressaltar que o Ministério da Saúde orienta que este não deve ser um espaço para triar usuários para atendimento médico, mas sim a possibilidade de lhes garantir ofertas disponíveis para atendimento de sua demanda (BRASIL, 2013a).

Na primeira etapa do acolhimento, dois ACS da equipe responsável ficam dispostos na Recepção principal. Perguntam o motivo da procura pelo serviço. Em caso de quadro agudo, enquanto um ACS registra informações do usuário em formulário ou pedaço de papel (nome, número do cartão SUS (se possuir), data de nascimento, nº da família e cor da equipe que o acompanha (se adscrito), o outro pega o prontuário da família (se adscrito) e leva até o consultório de enfermagem, orientando o usuário aguardar na Recepção 2 até ser chamado. Foi comum ver apenas um ACS no acolhimento, o qual termina realizando toda essa etapa.

Dispostos à frente da USF Federação, os ACS escalados para o acolhimento assumem uma função que me pareceu ser de uma “primeira barreira” de acesso e, também, de proteção da equipe. Devem barrar qualquer situação que não se enquadre no propósito do atendimento ao tempo em que poupam os demais profissionais de ter que dar o limite a uma população que ainda não incorporou a real função do acolhimento.

Como pude registrar em diário de campo, os profissionais admitem que o acolhimento, que é *“um espaço para acolhimento de demandas agudas, absorve casos crônicos e outras demandas.”* e, que os usuários *“**mentem** que estão com dor quando na verdade trazem resultado de exames. E com que cara eu vou dizer que não é caso para acolhimento, que é para marcar consulta? Era para o ACS fazer esta triagem e na verdade não faz”*. (Lara, médica da equipe Orquídea, diário de campo – 25/07/18). Como percebe Fabiana, os usuários realizam manobras para serem atendidos no acolhimento: *“O pessoal já vem dizendo que está com dor, aqui, aqui, aqui e quando sai **não tem nada**”*. (Fabiana, ACS da equipe Tulipa, diário de campo – 17/09/18).

Observando os ACS, percebi que eles não gostam de ficar no acolhimento. Além de se sentirem desvalorizados por não poderem lançar na sua produtividade os usuários registrados no acolhimento (somente enfermeira e médica preenchem esse tipo de produtividade), referem ficar vulneráveis a ofensas verbais e constantes ameaças de usuários que não aceitam “ser contrariados”. Temem, também, pela própria violência urbana, pois ficam sentados na porta de entrada da USF sem qualquer tipo de proteção, já tendo ocorrido casos de assaltos na recepção. Uma estratégia adotada por alguns ACS é realizar o acolhimento depois da Recepção principal, em frente à farmácia da unidade, como uma forma de se “blindar” da violência.

Enquanto estive acompanhando os profissionais no acolhimento de enfermagem e médico, muitos foram os casos que chegaram com demandas de consulta programada: resultado de exames; renovação ou solicitação de receitas ou guias de pedido de exame; mulheres querendo, a qualquer custo, a receita de Contracept (anticoncepcional) sem querer passar pelo protocolo (se não estiver com receita tem que fazer o teste de gravidez). Situações estas que causam confrontos, irritabilidade

e, muitas vezes, são atendidas pelo profissional como forma de evitação do embate. Deveriam ter sido barradas pelo(s) ACS na recepção e não foram, talvez pelos motivos já demonstrados.

Não foi observada uma rotina dos profissionais no sentido de tentar compreender o que poderia estar, de fato, por traz daqueles pedidos, conforme orienta Brasil (2013a). Os volumes do Caderno da Atenção Básica (BRASIL, 2013a, 2013b) que tratam do *“Acolhimento à Demanda Espontânea”* abordam as queixas mais comuns no acolhimento em consonância com os achados em campo. Trazem contribuições no sentido de orientar os profissionais da USF a qualificarem a escuta e identificarem demandas para além do que está sendo manifestado no momento da interação. Estes cadernos podem ser considerados recurso pedagógico importante para auxiliar os profissionais a lidarem melhor com situações como a de Sr. João, usuário hiperdemandante, que vem semanalmente para o acolhimento.

Ao invés de buscarem compreender melhor o que traz Sr. João, semanalmente, para o acolhimento na USF Federação (às vezes mais de um dia), fazem especulações do tipo: *“Ele tem um bocado de amigos e vem buscar receita para eles.”* (Manuel, médico da equipe Tulipa, diário de campo – 17/09/18); *“ele deve fazer dinheiro em troca de favor, acho que ele deve vender remédio”*. (Magali, ACS da equipe Tulipa, diário de campo – 17/09/18). Em resposta às colocações dos ACS sobre o atendimento deste usuário o médico se posiciona, *“Quem tem que barrar ele não sou eu”*, ratificando a fragilidade do processo de acolhimento na unidade, que assume características de *“uma triagem para o atendimento médico”* (BRASIL, 2013a, p.39), ainda focada na lógica queixa-conduta.

Diferentemente do que orienta o Ministério da Saúde, verifiquei que não há uma condução consolidada de avaliação de riscos e vulnerabilidades no acolhimento, distanciando-se da proposta de garantia de acesso à APS com equidade (BRASIL, 2013a). A falta de padronização das condutas adotadas distancia-se deste princípio de justiça (BRASIL, 2013a), fragiliza a proposta do acolhimento, tensiona a relação dos profissionais com os usuários e ameaça o vínculo entre estes atores sociais.

O acolhimento de enfermagem é feito a todos os usuários que foram encaminhados pelos ACS, por ordem de chegada, sendo conduzido a partir da

seguinte questão disparadora: o que te trouxe aqui hoje? Ao escutar o usuário, cabe à enfermeira realizar as orientações e procedimento que estiverem ao seu alcance, encaminhando para acolhimento médico apenas aqueles que não estiverem ao seu alcance, de acordo com suas competências profissionais. Normalmente, é aqui que ocorrem os principais embates quando a primeira barreira não foi suficiente e deixou passar usuário fora dos critérios para o acolhimento. Presenciei vários embates principalmente com usuárias que queriam a receita para tomar anticoncepcional injetável sem realizar os procedimentos necessários, quando não apresentava a última receita. A este respeito, o discurso das enfermeiras está bem alinhado.

Após realizar o acolhimento, cabe à enfermeira organizar o encaminhamento dos usuários que passarão pelo acolhimento médico, não devendo ultrapassar doze usuários para o médico da equipe do dia. O número excedente, ela deverá distribuir de forma equilibrada para os demais médicos presentes no turno. Acompanhando o acolhimento médico também foi possível observar usuários que conseguiram passar pelas duas primeiras etapas sem apresentar demanda para o acolhimento, sendo atendidas sem objeções.

De fato, verifiquei fragilidades na forma como o acolhimento se dá na USF Federação. Fiquei incomodada com o número expressivo destes atendimentos no acolhimento, como se a real importância deste espaço não estivesse sendo valorizada pela equipe. Ao tempo em que manobras dos usuários foram reveladas, atitudes dos profissionais demonstraram cautela para colocar limites frente à sensação de insegurança e evitação de tumultos. Como resultado, os “furos” causados nas “barreiras de acesso” (etapas) fragiliza a proposta do acolhimento, tensiona a relação entre profissionais e usuários, além de distanciar-se da proposta de garantir o acesso à APS com equidade.

4.1.1.4 s “violências” no cotidiano de trabalho

O falatório (gritaria) da sala de espera é irritante e atrapalha a nossa comunicação. Uma voz de homem, falando muito alto, como se estivesse intimidando alguém. Além do barulho, essa situação me traz também uma **sensação de insegurança**. O que está acontecendo lá fora? Briga? Troca de ofensas? **Algum sinal de violência** ou **perigo**

para nós? Começo a me sentir **insegura e fico atenta**, querendo ouvir o que, de fato, está sendo falado. O barulho fica ainda mais forte quando a conversa dentro do consultório é silenciada, enquanto a médica digita as informações do atendimento no prontuário [...]. Ela interrompe a digitação e dirige-se em silêncio **até a porta para trancá-la**. (Diário de campo - 17/07/18).

A violência é uma ameaça que faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da USF Federação. Nas minhas imersões em campo, observei episódios de violência verbal (insultos e ameaças), ouvi relatos dos profissionais e registrei minhas angústias ao me sentir insegura e completamente vulnerável, “à mercê da sorte”, acho que esta expressão bem representa o que senti. Todas estas formas de manifestação, quando ocorrem no exercício da atividade profissional, são consideradas violência no local de trabalho (LANCMAN et al, 2007).

O fragmento retirado do diário de campo no início desta seção teve, ao menos, duas intenções: introduzir a temática da violência vivenciada no contexto de trabalho na USF Federação e, refletir sobre os reflexos do estado de alerta diante de uma possível situação de agressão na saúde mental e nível de atenção dos profissionais, o que pode comprometer a assistência prestada. Mais do que o ruído em si, aquele tom de voz (cada vez mais alto e com sinais de explosão) na sala de espera desviou completamente a minha atenção para tentar compreender o que estava se passando. Ao levantar-se, silenciosamente, para trancar a porta, Dr^a Lara demonstrou que o barulho externo ao consultório também concorria com sua atenção durante o atendimento que estava realizando e, possivelmente, lhe causava insegurança.

Empiricamente, verifiquei que existem diversos tipos de violência, as quais confrontam os profissionais da USF Federação com iminente risco de serem agredidos verbal e/ou fisicamente. Violência aqui entendida como uso ou imposição de força (física ou poder), intimidação ou ato consumado, que (possa) ocasionar em danos (sofrimento, morte, privação, por exemplo) contra si mesmo, contra outrem ou contra um grupo ou comunidade (OMS *apud* DAHLBERG e KRUG, 2007).

No contexto do território da Federação há a violência proveniente das ruas do bairro, onde há comércio de drogas, briga de facções rivais e crescente desigualdade social. Uma violência que muitas vezes adentra pela porta da USF, como reflexo da

rua (assaltos, furtos, atos de vandalismo) e, também, a que é trazida pelos usuários que frequentam a unidade. Seria esta última uma espécie de reação de uma “população embrutecida” frente a tudo (do seu direito) que lhe é negado? Simbolicamente, representando a figura do Estado, os profissionais de saúde são facilmente alvejados!

Meu território é uma área assim, que era uma área boa de se trabalhar na época, tinha **muito assalto** e tudo, mas não era como está hoje. Hoje eu vejo que a violência aumentou na minha comunidade. Porque eu ia na área todos os dias. Hoje eu vou na área, mas assim, **mesmo com a violência** eu vou, mas sempre alguém fala “olhe teve assalto hoje de manhã, alguém entrou aqui, né, roubou e assaltou”. Eu **já fui assaltada na área com a arma na cabeça**. Então hoje eu evito assim está na área em horários que eu não saia, perto de 11:30, meio dia eu já vou tentando reduzir a visita para subir. Não passar de 12 horas. Eu já disse, não fico mais do que 12 horas na área. Por causa da violência, por causa das drogas, e aí tem usuário de drogas entrando e circulando. [...] A área está aí, está **mais violento** do que era antes. Mas, mesmo assim, **ainda dá para trabalhar** porque a gente fica **amenizando os horários** e vê o movimento. (Maristela, ACS equipe Tulipa, entrevista).

D. Zulmira que não quer ser atendida pela médica da equipe Cravo e já **ameaçou bater** na enfermeira. (Diário de campo - reunião da equipe Tulipa 17/09/18).

Precisamos conseguir um contato! Ela vivia em situação de **cárcere privado** pelo marido. Depois que **ele me ameaçou** eu me afastei”. ACS diz que perdeu o contato com ela, que vê o marido levando os filhos para escola ao invés dela [...]. “Não sei como acessar essa família”. A ACS diz que ela sofre **violência de todo tipo** e que o marido **força** ela a ter **relação sexual**. A preceptora do internato chama atenção sobre a gravidade desse caso, que seria um caso para ser denunciado, pelo risco de vida ao qual a usuária (e, possivelmente, os filhos) está(ao) passando. A conclusão que os profissionais têm é de que o marido tem atravessado a equipe no sentido de criar obstáculos para esse acesso, para que ela não tenha oportunidade de pedir ajuda. “Já aconteceu de a gente ligar para marcar o atendimento e ele atender [...] acho que ele não passa o recado”. A ACS descreve a usuária como uma pessoa que **sempre foi muito trabalhadeira**, que já se separou e saiu de casa deixando os filhos e, por algum motivo ela retornou para casa [ameaças?]. Ela já **tentou se matar e matar os meninos** [...] o problema dela é ele. (Diário de campo, reunião da equipe Orquídeas 18/04/18).

Ela [Carina] está **bem agressiva**, usando muitas **drogas**. Estou sem condições de fazer visita onde ela mora. Da última vez os olhos delas estavam assim [faz gesto, elevando as mãos até os olhos] bem vermelhos, **ameaçou me matar**”. A enfermeira sugere conversar com a equipe do CAPS sobre esse caso. “Eu [ACS] acho que no estágio que ela está, com **muita raiva do pessoal daqui**, não devia ir fazer atendimento”. A enfermeira diz que **ninguém chega junto** de Carina

enquanto ela está assim, já basta o que aconteceu. (Diário de campo - reunião da equipe Orquídeas 18/04/18).

Não tem segurança aqui, você sabe, não é, não tem! **Não tem porteiro**, não tem segurança, **não tem nada**. Aí tem a pessoa que fecha, não sei se é a gerente que está fechando a unidade, não sei quem é, se é algum funcionário do SAME que fecha, mas aí eles aguardam, vão me esperar e fecham o portão. Mas **não tem segurança** [repete]. Já aconteceu de um paciente, isso tem umas três semanas, mais ou menos, o **paciente embriagado**, entrar na porta aqui, **exigindo** ser atendido. Eu fiquei totalmente assim, foi um dia que eu **fiquei com medo!** Eu falei, olha, eu atendo os pacientes, mas **eu não atendo ele sozinho não!** Aí chamei mais duas pessoas para atenderem comigo. **Caso acontecesse alguma coisa** poderiam, né, sei lá de alguma forma segurar ele. Aqui esse é um problema muito importante. Não tem como uma **unidade** como essa ficar **sem segurança** não. Até a proteção dos aparelhos mesmo, além da coisa do humano tem o material também, as impressoras, os computadores. (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

Os dados produzidos demonstram algumas circunstâncias em que usuários e profissionais de saúde estão expostos à violência, nas tipologias auto-infligida e interpessoal (DAHLBERG e KRUG, 2007). Revelam, também, a forma como se comportam e estratégias que adotam diante das ameaças reveladas e a necessidade de seguir em frente, trabalhando. A violência interpessoal envolvendo usuários, direta ou indiretamente presenciada, causa perplexidade, revolta e pode recair sobre o profissional, além de causar-lhe angústia frente à sensação de impotência (e medo) para solucioná-la.

O reconhecimento de que Amélia era uma **“mulher muito trabalhadeira”** não ganhou tanta projeção na reunião de equipe com o NASF-AB quanto o drama pessoal vivido por ela. A equipe suspeita que ela é mantida pelo marido em situação de cárcere privado e a discussão fica voltada para a gravidade do caso e a necessidade de ser denunciado, pelo risco de vida ao qual Amélia (e, possivelmente, seus filhos) está(ão) passando. Esta discussão demonstra a complexidade que é trabalhar no território, próximo ao local de vida das pessoas, testemunhar violências veladas e consumadas. Violência sofrida por uma usuária-trabalhadora, na privacidade do seu domicílio, que recaí sobre a equipe quando o “segredo” daquela família é revelado.

Vidas ameaçadas, liberdades de ir e vir bloqueadas, saúde mental abalada! Neste cenário, senti o pesar e a preocupação dos profissionais com a gravidade do

problema e o amargor da sensação de impotência frente à própria vulnerabilidade e ameaças sofridas. A certeza de que esta é uma situação para ser denunciada, calada pelo medo das repercussões que esta exposição poderia causar para a integridade de Amélia, de seus filhos e da equipe da USF Federação que a acompanha. Uma pequena amostra dos dilemas e desafios enfrentados e, que concorrem com o reconhecimento e atendimento de demandas de saúde do trabalhador no contexto da APS.

De acordo com Lancman e colaboradores (2007), quando vítima de violência no trabalho, muitas vezes o profissional desenvolve mecanismos de defesa para conseguir seguir em frente, porém, os impactos da violência podem acarretar prejuízos: para o trabalhador (desmotivação, perda de confiança, depressão, ansiedade, raiva); para o trabalho (rompimento das relações interpessoais, desestruturação da organização do trabalho, redução da eficiência e produtividade); ou, social (custos com saúde, da reabilitação, da deficiência e da invalidez).

Tem, também, a violência institucional que não é necessariamente física ou verbal, mas que tem seus efeitos deletérios sobre o trabalhador. Muitas vezes, camuflada de cobranças rígidas por metas numéricas em meio a um cenário adverso e com escassez de recursos, nas perseguições sofridas, na falta de segurança no trabalho e de condições básicas para realização da atividade de trabalho.

As atividades rotineiras dos profissionais de saúde da USF Federação, notadamente das enfermeiras, são atravessadas por uma série de campanhas instituídas pelo nível central (Ministério da Saúde), a exemplo de: campanhas de vacinação; rastreamento da hanseníase e da tuberculose; combate ao mosquito *Aedes Aegypti*; outubro rosa (prevenção do câncer de mama); novembro azul (prevenção do câncer de próstata). Atravessadas porque são apresentadas de forma verticalizadas e por trazerem demandas que se sobrepõem às diariamente realizadas.

Fala [enfermeira] do início da campanha de vacinação contra a influenza e H1N1 na próxima segunda-feira (de 23/04 a 01/06). Avisa que as vacinas chegaram e se preocupa em transmitir todas as informações sobre a campanha, dando ênfase aos grupos que poderão ser vacinados, conforme foi orientada pelo DS. Reforça que **as vacinas só poderão ser dadas mediante comprovação de que o usuário faz parte de grupo prioritário**. Como consequência da campanha, refere que os turnos de atendimentos serão reduzidos, por conta do envolvimento das enfermeiras com a vacinação, e que

apenas os atendimentos de puericultura e pré-natal se manterão inalterados. Mostra-se **preocupada com os possíveis transtornos e tumultos** que poderão ocorrer por conta das restrições impostas para o acesso à vacina, neste período de confirmação de casos de H1N1 no país. (Reunião da equipe Cravo, diário de campo - 19/04/2018).

A preocupação da enfermeira com possíveis tumultos é reflexo das situações de violência às quais os profissionais da USF sofrem, notadamente os que ficam na linha de frente. Além dos tumultos decorrentes do estado de alerta da população que trava uma corrida movida pelo lema “salve-se quem puder”, empurra-empurra, bate boca, ameaças são veladas e reveladas. Como relatou a enfermeira da equipe Margarida, na campanha anterior ela foi ameaçada de morte por um usuário. Importante ressaltar que a ameaça se deu no exercício do trabalho e porque a enfermeira seguiu as orientações do Ministério da Saúde (repassadas pela coordenação do DS), não autorizando a administração da vacina (influenza + H1N1) em usuário que não atende aos critérios estabelecidos para grupos prioritários. *“Ele disse que ia em casa **pegar a arma dele e que se eu não desse a vacina ele ia dar um tiro na minha cara.**”* (Paula, enfermeira da equipe Margarida, diário de campo 05/04/2019).

Lancman e colaboradores (2007) consideram a agressão verbal como uma forma de violência com igual potencial de causar sofrimento ao trabalhador, além da possibilidade de vir a se consumir fisicamente. Os danos adicionais decorrentes das agressões são referidos pelos autores como provenientes da “potência traumática da violência, pela vivência de impotência diante delas e pelo sofrimento que implicam.” (LANCMAN et al, 2007).

Os dados discutidos nesta seção me fizeram compreender muito do que estava por trás daquele pedido de ajuda dos profissionais da USF Federação: um processo de trabalho extremamente intensificado e, sob ameaças e cortes. Além disso, depois de um período sem gerência, a chegada de uma nova gerente trouxe mais problemas ao que deveria ter sido solução para a USF Federação. Uma profissional formada em contabilidade, sem experiência em gestão e, sem conhecimentos básicos em saúde pública, SUS e APS. Posto desta forma, não demonstrava habilidades para manejar os desafios e complexidades de uma USF.

Apesar da vontade de “mostrar serviço” e se “fazer aceita” naquele coletivo, uma sobreposição de demandas diárias para administrar: relações hierarquizadas dos demais pontos de gestão; profissionais de saúde adoecidos e com uma série de demandas de saúde a serem administradas; usuários tensionando as (inter)ações cotidianamente; falta de insumos para prestação do cuidado; falta de água e infraestrutura de algumas salas deixando a desejar; falta de carro para visita domiciliar; sistema para lançamento e levantamento de informações desconhecido; dentre tantas outras.

Como resultados mais evidentes deste descompasso, uma gerente empenhada, porém, assustada e reativa. Uma gestão “amedrontada” que, na impossibilidade de resolver os tensionamentos advindos dos usuários, terminava por repassar o problema para os profissionais (normalmente médicos e enfermeiros), colocando-os “na mira”; também, uma gestão que, naquele momento, demonstrava desconhecimento acerca da importância das informações produzidas pelas eSF para o planejamento de ações, restando para as reuniões gerais de equipe o espaço propício para mais tensionamentos, queixas e lamentações. Ao retornar para USF Federação, após os três meses que me ausentei para sistematização e análise dos dados produzidos em campo, voltei a me deparar com uma unidade sem gerência. Diferentemente da gerente anterior que havia sido “retirada” sem uma justificativa aparente, conforme relato dos profissionais, a saída desta foi efetivada em atendimento ao seu pedido de exoneração, por não se sentir mais em condições de ali trabalhar.

Foi neste contexto, de insegurança e sobrecarga de trabalho generalizada que as interações entre os usuários adultos e os profissionais de saúde se davam. Gradativamente, comecei a perceber, no relato dos profissionais e nas ausências em reunião de equipe os impactos do trabalho realizado naquelas condições na saúde dos profissionais da USF Federação.

Tais constatações podem justificar um interesse crescente por estudos que abordam os processos de trabalho na APS, condições adversas a que os trabalhadores da APS estão expostos e seus impactos à saúde física e mental (TRINDADE e PIRES, 2013; LIMA, L. et al., 2014; SILVEIRA, CÂMARA e

AMAZARRAY, 2014; MAISSIATT et al, 2015; SCHERER et al, 2016; ARAUJO et al, 2016; CASTRO e OLIVEIRA, 2017; PEGORARO, SCHAEFER e ZOBOLI, 2017).

Isto posto, fica a questão: como esperar o reconhecimento do usuário-trabalhador pelo profissional de saúde da APS num contexto em que este não é reconhecido como um profissional-trabalhador que também sofre e sente no corpo os impactos de um processo de trabalho degradante?

Ao analisarem a atividade real de trabalho de um grupo de profissionais da APS, Castro e Oliveira (2017) verificaram que a dimensão simbólica (o reconhecimento) do trabalhador é um aspecto importante da retribuição deste profissional pela sua contribuição na prestação de cuidado, que se sobrepõe à dimensão material (salário, promoção, premiações). Dialogando com estes autores, penso que, ao se promover condições dignas e adequadas para realização do trabalho dos profissionais de saúde da APS, os efeitos positivos do “cuidado como vocação” seriam potencializados e, por consequência, a promoção de sua saúde seria possibilitada.

Ao ampliar o meu olhar para as cenas observadas, minha escuta para as vozes dos trabalhadores (usuários e profissionais de saúde) e, traduzir, em texto, o que consegui compreender daquela experiência, consegui reunir informações importantes para alimentar o componente II do projeto interinstitucional (já referido). Considerando a dinâmica do processo de pesquisa-intervenção, seus tempos e movimentos não sincrônicos com o processo de formação acadêmica, estas informações, depois de analisadas, passaram a subsidiar o desenvolvimento de rodas de conversa com os profissionais de saúde das cinco eSF e do NASF-AB, sob minha coordenação. Para além de uma demonstração de solidariedade e retorno da minha pesquisa, uma estratégia para capacitar o olhar daqueles profissionais a partir da reflexão sobre o próprio processo de trabalho e, então, poder provocar a identificação de processos produtivos do território e possíveis demandas de saúde do trabalhador dos usuários atendidos.

Isto posto, sinto-me mais à vontade para prosseguir com a apresentação de como os usuários-trabalhadores e suas demandas de saúde aparecem e (re)desaparecem no contexto da interação com os profissionais de saúde USF Federação.

4.2 O (NÃO)RECONHECIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DA USF FEDERAÇÃO.

Primeiro, desapareceram mesmo os vaga-lumes? Desapareceram todos? Emitem ainda - mas de onde? - seus maravilhosos sinais intermitentes? Procuram-se ainda em algum lugar, falam-se, amam-se apesar de tudo, apesar do todo da máquina, apesar da escuridão da noite, apesar dos projetores ferozes? [...] Mas como, os vagalumes desapareceram ou redeseapareceram? É somente aos nossos olhos que eles desaparecem pura e simplesmente. Seria bem mais justo dizer que eles se vão, pura e simplesmente. Que eles desaparecem apenas na medida em que o expectador renuncia a segui-los. Eles desaparecem de sua vista porque o expectador fica do seu lugar que não é mais o melhor lugar para vê-los. (DIDI-HUBERMAN, 2011 pp. 46-47)

Não foi propósito deste estudo realizar o aprofundamento analítico acerca do (não)reconhecimento do usuário-trabalhador pelos profissionais de saúde da APS. Enquanto estudo exploratório, busquei compreender este fenômeno a partir da aproximação do contexto de interação entre usuários e profissionais de saúde, observando diferentes cenas e oportunizando a fala de diferentes atores, o que me ajudou a compor este enredo.

Neste processo, encontrei algumas respostas para perguntas que orientaram minha investigação: como/quando o usuário-trabalhador é visto? O que o “não ver” nos revela? Quando a falta de investimento limita as possibilidades de atuação, o que é ofertado? Assim, algumas camadas do (não)reconhecimento destes usuários foram reveladas e aqui serão problematizadas, mais especificamente, o que diz respeito às circunstâncias em que o usuário adulto é visto como um trabalhador; condutas adotadas a partir da sua identificação; aspectos que se constituem enquanto barreira(s) para a identificação e/ou adoção de medidas para atendimento/encaminhamento das demandas na RAS.

A citação de Didi-Huberman (2011)⁸ no início desta seção serviu como grande inspiração no processo de análise dos dados empíricos produzidos pela pesquisa. Um convite à reflexão sobre o (não)reconhecimento do usuário-trabalhador e das demandas de saúde relacionadas ao trabalho no contexto da USF Federação. Se me permite o autor acima (peço licença), como vaga-lume, o usuário-trabalhador circula pela USF Federação. Apresenta demandas de saúde (sinais intermitentes) relacionadas ao (não)trabalho. Mas, estaria ele visível (aparece/(re)desaparece) aos olhos daqueles profissionais (expectadores)? Em que medida os profissionais (não)atendem (renunciam ou não os seguem) e planejam intervenções para dar conta de suas necessidades, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde?

Muitas são as possibilidades para o reconhecimento do usuário como trabalhador no contexto da USF Federação, o que lhe confere ser um contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e, mais do que porta de entrada, ser ordenadora das demandas de saúde do trabalhador (DIAS et al., 2009; BRASIL, 2012a) da população deste território. É possível reconhecer o usuário como trabalhador em diferentes momentos do processo de trabalho da equipe de saúde da família (eSF), *“Geralmente, começa no momento do cadastramento das famílias no território adscrito, e continua no acolhimento e na consulta com a realização da anamnese ou história ocupacional.”* (BRASIL, 2018a, p.40)

O primeiro aspecto que pretendo abordar é como, a partir de relatos dos profissionais, o usuário-trabalhador e suas demandas de saúde aparecem. Posteriormente, apresentarei os resultados da pesquisa acerca de como, de fato, eles aparecem/(re)desaparecem em ato, em interação, no fazer cotidiano destes profissionais de saúde e, as condutas que adotam para atendê-las.

⁸ Agradeço a minha orientadora por ter me apresentado à obra de Georges Didi-Huberman, *Sobrevivência dos Vaga-lumes* (2011), e possibilitado a reflexão sobre o mecanismo do aparecer-desaparecer-redesaparecer a que estão sujeitos os usuários-trabalhadores no contexto da USF Federação.

4.2.1 Quem é o usuário-trabalhador e quais as suas demandas de saúde: a percepção de profissionais da USF Federação.

*“O **adulto** é um ser muito **complexo**. A gente não está lidando só com problemas orgânicos de saúde, mas com várias complexidades no nível social, econômico. [...] Acho que não tem nenhum paciente simples assim. Deve até ter tido alguns, mas muitos são complexos, cheios de complexidades que **ultrapassam a questão orgânica** meramente de saúde, coisas que **ultrapassam** até o **nosso conhecimento**, que vão muito além ...”* (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

Durante as entrevistas com os profissionais da USF Federação, a resposta às questões disparadoras *“me fale sobre o perfil dos usuários adultos (a partir de 18 anos) atendidos por você na USF”; e, “Quais as demandas de saúde normalmente são apresentadas por estes usuários adultos?”* revelaram, num primeiro momento, uma certa distinção feita entre o “usuário adulto” e o “usuário-trabalhador”, como se pertencessem a distintas categorias e, com demandas específicas.

O usuário adulto, hipertenso e/ou diabético, que é encontrado no domicílio e acompanhado rotineiramente pela equipe na USF Federação: *“**Hipertensão! Muitos hipertensos, são muitos, muitos hipertensos e diabetes. O que demanda mais são essas, que são as crônicas.**”* (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista). E, o usuário-trabalhador, aquele que sofre de dor, quem é visto pontualmente e é difícil de acompanhar.

[...] aparece [no acolhimento] **dor lombar** relacionada a **motociclistas**, por exemplo, dor geral, **dor no corpo** relacionada a algum trabalho como **ajudante de pedreiro** e até mesmo **pedreiro**. [...], então são algumas coisas assim, esporádicas, que eu estou me lembrando aqui.” (Francisco, enfermeiro da equipe Lírio, entrevista).

Só dona Dolores que se queixa, que diz que tem **hérnia de disco** de tanto **trabalhar em pé**, a que trabalha **no salão**. Ela disse que tem umas **duas hérnias na lombar**. Sente **dor**. Ela disse que tem seis anos que trabalhava fora, em salão. (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista).

Analisando os relatos dos profissionais percebo que ser mulher, ser idoso(a), estar na condição de desemprego, ser hipertenso, diabético e/ou estar sentindo dor são condições que garantem contato e maior proximidade com a equipe da USF

Federação. Por outro lado, trabalhar e ser homem representa maior distanciamento, podendo implicar em desassistência ou descontinuidade do cuidado destes usuários.

[...] tenho mais **acesso às mulheres**, porque na maior parte os **homens trabalham** e eu não tenho muito contato.” (Marta, ACS da equipe Orquídeas, entrevista).

Os **adultos** são **hipertensos, diabéticos**, a maioria dos adultos **trabalham e nem todos a gente encontra em casa** no momento da visita. Essa é uma **dificuldade**, às vezes você não encontrar em casa. Mas às vezes tem período que a gente encontra. **Homem**, principalmente, que é **mais difícil de a gente lidar**, porque eles não querem vir para médico e quando conseguem vir e não consegue falar com o médico aí me diz “ah, é por isso que eu **não gosto de ir para médico**.” [E quando eles vêm é por causa de quê?]. Quando **vêm** é porque estão com um problema que não têm como resolver, e aí eles sabem que a **saúde vai se agravar** e tem que vir. Que é mais a hipertensão mesmo, problema cardíaco, problemas de pele, qualquer coisa que aparece e de qualquer jeito eles vão ter que vir procurar o médico. Quando **perde o emprego**, muitas vezes **não tem o plano particular**, aí tem que correr para o SUS, tem que vir para unidade de qualquer jeito.” (Maristela, ACS da equipe Tulipa, entrevista).

A USF Federação cumpre seu papel de porta de entrada aberta para os usuários-trabalhadores, mesmo aqueles não adscritos, por meio do acolhimento à demanda espontânea. Porém, o funcionamento da unidade em horário administrativo dificulta o acesso do usuário-trabalhador, que termina não sendo beneficiado pela visita domiciliar do ACS e encontra dificuldades para buscar a assistência na USF. Brasil (2017) orienta que o funcionamento da USF seja organizado de modo a favorecer amplo acesso, estabelecimento de vínculo e cuidado longitudinal.

Os profissionais de saúde relatam a dificuldade dos usuários-trabalhadores para irem à unidade no horário de expediente, pois teriam que perder um turno para marcar a consulta (só é disponibilizado um dia/mês para marcação de consulta médica por equipe) e outro para comparecer ao atendimento. Mesmo com a possibilidade de apresentar atestado de comparecimento, referem que se sentem acuados e evitam situações que possam ocasionar confronto com o patrão, revelando um alto nível de controle sobre a mão-de-obra e baixa autonomia dos trabalhadores para cuidar da própria saúde.

Um outro aspecto que limita o acesso do usuário-trabalhador à USF Federação é o modelo de masculinidade alicerçado na identidade de gênero (SALIMENTA et al, 2013). Para estes autores, sob tal influência, o usuário homem tende a desvalorizar o

seu autocuidado e despreocupa-se com a sua saúde como forma de ratificar a sua virilidade, auto suficiência e condição de provedor da família. Além disso, aproveitam-se da precarização do serviço público para justificar a sua resistência para buscar cuidar da sua saúde.

Eu acho que isso [vínculos precários] gera muita **insegurança** para as pessoas, a ponto de a gente marcar uma consulta aqui e as pessoas terem muito **medo** de vim num dia de trabalho porque **não querem colocar atestado de comparecimento**. (Clara, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista).

Os reflexos da flexibilização e precarização das relações de trabalho foram facilmente verificados nos dados produzidos pela pesquisa. Usuários vulneráveis a baixos salários, a condições de exploração da força de trabalho, a uma frágil relação de trabalho, informais, autônomos (trabalho domiciliar, principalmente) e desempregados se fizeram presentes nas conversas estabelecidas, nos atendimentos observados, nas reuniões de equipe e fala dos entrevistados. Chama atenção, também, neste contexto, a pré-disposição para o envolvimento de crianças em atividades produtivas, intradomiciliares, o que reforça a necessidade de estudos compreensivos que possam construir propostas de intervenção que realmente deem conta desta problemática.

[...] a maioria [das mulheres que trabalham em casa] **vende cerveja** em casa, vende **bolo, costura**, tem gente que tem **lojinha na porta de casa**, tem restaurante, tem bomboniere, tem costureiras, tem umas três costureiras na minha área. (Marta, ACS da equipe Orquídeas, entrevista).

[...] tenho pessoas que trabalham como **costureira**, com **encomendas** de doces e salgados, bolos, artesanal e de encomenda [...] faz o seu próprio doce e salgado em casa. Não são muitos, mas tem duas ou três pessoas que **vendem balinha**, então já tem um comércio aí, tem **pãozinho. Homem** eu vejo **vender mais em bar**. (Maristela, ACS da equipe Tulipa, entrevista)

Eu tenho **vendedor**, que vende na casa mesmo, vende **água, balas, pipoca, geladinho**, coisas assim. Tem uma que faz **chapinha**, dona Joana, na casa dela, **com hora marcada** e agora ela perdeu muito clientes porque as pessoas estão se assumindo afro. Ela é doméstica também, porque perdeu um pouco a clientela, **faz faxina e faz chapinha**. Tem um também que mora na invasão e é **padeiro, faz pão** em casa e **vende na bicicleta. Ele e a esposa produzem** e ele entrega com a bicicleta, tem duas filhas. A **maiorzinha ajuda**, Maria acho que tem 13 anos, mais ou menos 13 ou 14 anos. Tem um, também, que tem uma **barraquinha** que **vende bebidas**, além de

lanches, pipoca e guloseimas. Tem duas pacientes, três, que **trabalham com depilação** (de cera), uma é **manicure**, atende em casa e em domicílio. E tem outra que é **cabelereira**, mas acho que não faz nada em casa porque eu não vejo nada na casa dela. Dona Dolores, ela tem um salão, um mini salão que é na casa dela. Tinha uma parte da casa dela que ela montou uma **barbearia** para o filho e aí o filho casou e ela montou um salão. Ela faz de tudo, inclusive química, escova, trabalha com fibras orgânicas e faz aqueles entrelaços. (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista).

Se por um lado o medo e a ameaça do desemprego expõem os trabalhadores a fatores de risco e submissão a condições mais adversas à saúde, por outro, submetem-se a condições adversas e permanecem trabalhando, em situação de presenteísmo, ficando mais susceptíveis à ocorrência de acidentes de trabalho (AT), desgaste e adoecimento.

Druck (2011) discute as condições de insegurança e saúde no trabalho, como um tipo de precarização social, que determina aumento do número de AT, consequência de uma gestão que não valoriza a saúde e segurança dos trabalhadores, que não investe no seu treinamento para função e informação sobre riscos à saúde, que não adota medidas de prevenção coletiva, reforçando a ideia de descartabilidade da mão de obra. *“Então, hoje é muito fácil porque o **número de desempregados é muito grande** e você é uma **peça que pode ser facilmente substituída**.”* (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista). *“É o **exército de reserva que está aí**.”* (Eva, Assistente Social do NASF-AB, entrevista).

A entrevista coletiva realizada com profissionais do NASF-AB traz vida às contribuições de Druck (2011) ao relatarmos situações como a de uma usuária-trabalhadora acompanhada pela equipe, que é costureira e, em atendimento, referiu estar muito cansada por conta da sua intensa jornada de trabalho. Segundo elas, a usuária tentou negociar pausas com o patrão (*“pôxa, eu **carrego esta empresa nas costas** e não é possível que vocês não percebem isso”*), sem êxito. A usuária diz ser reconhecida como uma peça chave para empresa, *“mas sabem [patrões] que **vai me substituir a qualquer momento por outra pessoa**”* (fala da costureira referida pela Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista).

O estudo de Roelen et al (2012) qualifica a percepção das trabalhadoras do NASF-AB ao trazer para o bojo desta discussão a questão da mudança no

comportamento de ausência - “*absence behaviour*” (livre tradução) - (LEIGH, 1985; ARAI, 2005; HESSELIUS, 2007 *apud* ROELEN, 2012, p. 379) dos trabalhadores. Uma forma de evitarem o absenteísmo por motivo de doença como cautela, frente ao aumento do desemprego e baixas perspectivas para encontrar um novo trabalho. Mais um ponto de vista que demonstra possíveis causas para o agravamento do sofrimento físico e mental dos trabalhadores e, conseqüentemente, constitui-se como fator de risco para ocorrência de agravos relacionados ao trabalho e situações de incapacidade para o trabalho.

Nestes termos, a pactuação de horários alternativos de funcionamento poderia minimizar os riscos de retaliação a que os trabalhadores precarizados estão expostos, além de ampliar o acesso do usuário-trabalhador à USF Federação. Porém, ainda que esta pactuação ocorra e se efetive, duas outras barreiras precisariam ser vencidas: a falta de segurança na USF Federação (e entorno) e, a resistência masculina para buscar o serviço de saúde.

A falta de segurança é uma realidade do território da Federação, o que requer envolvimento de diversos atores para que as decisões tomadas não tragam outros problemas para a comunidade e profissionais de saúde. Representação de moradores, de profissionais de saúde e segurança e da gestão precisam pautar riscos, benefícios e, então, construir estratégias viáveis.

Após dez dias afastado do trabalho por motivos de saúde de sua filha, o enfermeiro pergunta para as ACS “*como está a evolução do cadastro?*” Elas dizem que o **maior problema tem sido encontrar os moradores no domicílio** e muitos usuários que ainda não têm cartão SUS, condição para efetivação do cadastramento. Uma ACS pergunta se pode **sugerir** na reunião com o distrito sanitário que elas **trabalhem no sábado**, para ver se conseguem encontrar os moradores. “**De noite nem pensar por conta da guerra desses caras**”, refere-se aos problemas com o tráfico de drogas. (Reunião da equipe Lírio, Diário de campo, 24/09/18)

Como bem orienta Brasil (2017), a criação de horário alternativos deve ser pactuada! A conversa registrada em diário de campo nos ajuda a perceber o quão complexa é esta questão. A oferta de alternativas para ampliação do acesso do usuário-trabalhador não deve se dar às custas de maior exposição dos profissionais de saúde a riscos. Esta ampliação poderia até facilitar o acesso do usuário do sexo

masculino à USF, porém, como discutem Ferraz e colaboradores (2012), a cultura ocidental ainda associa o homem à imagem de um ser invulnerável, forte e viril e, também, ao fato de considerarem que o espaço e serviços oferecidos na unidade são para mulheres.

O estereótipo de masculinidade que confere ao homem a imagem de provedor da família e o medo de ser rotulado incapaz são outros aspectos atribuídos por Saldanha e colaboradores (2018) que comprometem a aceitação do adoecimento e incapacidade pelo homem. Este aspecto também é aventado por uma profissional do NASF-AB em entrevista.

O **trabalho** que a gente vê aqui é mais o **informal**. Então, não tem afastamento por adoecimento [benefício previdenciário], a pessoa **simplesmente para de trabalhar**, para de produzir e de ter renda por conta de um adoecimento que muitas vezes está relacionado ao trabalho, mas que se vê agora naquela **condição de doente, de incapaz, de continuar exercendo sua profissão** [...] e que isso de alguma forma vai **impactar lá na saúde mental**, por se sentir **incapaz**, de não **prover a própria família**.” (Milena, Fisioterapeuta do NASF-AB, entrevista).

Ainda que regulamentado o cuidado integral à ST como responsabilidade do SUS, os resultados encontrados neste estudo demonstram e ratificam a existência de uma série de fatores, em diferentes camadas, que dificultam o acesso do usuário-trabalhador, o reconhecimento da sua demanda de saúde e a adoção de medidas efetivas de assistência e Visau. Como discute Dias (2013), não houve incorporação efetiva das concepções, paradigmas e ações com reconhecimento do lugar do trabalho na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental. Na realidade da USF Federação, existem circunstâncias que favorecem o reconhecimento, mas, também, outras que o impede ou limitam a capacidade dos profissionais intervirem na perspectiva da integralidade do cuidado.

Quando perguntados, diretamente, sobre a ocupação dos usuários-trabalhadores da sua área de cobertura, tendem a distinguir as atividades e situação no mercado de trabalho entre as mulheres e os homens que acompanham, trabalho formal ou informal, domiciliar ou fora de casa. As mulheres que trabalham “*fora [de casa], tem **cozinheira**, tem **faxineira**, tem **vendedoras de lojas**, tem **assistente social**, tem aquelas com nível superior, mas não são muitas assim, como eu te falei.*”.

(Marta, ACS da equipe Orquídeas, entrevista). Quanto ao perfil do homem trabalhador da área, *“tem **vendedor**, tem **autônomos que trabalham com vendas e tem muito mecânico na minha área. Tem bastante ambulantes, desses que vendem em rua, são mais jovens até[...]**.”* (Marta, ACS da equipe Orquídeas, entrevista).

Na maioria são **mecânicos, comerciários**, trabalham no comércio e **vigilantes**. As mulheres são, a maioria **doméstica**, trabalha como doméstica, e umas não trabalham, estão **desempregadas**. Hoje eu vejo **mais desemprego do que trabalho**. [...] A maioria dos filhos [adultos jovens] da minha área são formados, mas a **maioria está desempregado**. (Maristela, ACS da equipe Tulipa, entrevista).

Serviços gerais, doméstica, autônomo, uma infinidade de autônomo, **muitos autônomos** que trabalham com alguma coisa: **faxina, vende** na rua ou em casa, toma conta de alguma pessoa hospitalizada, assim, muitos desses tipos. (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista).

Sobre a possibilidade de realizar **associação das demandas de saúde dos usuários adultos atendidos com o trabalho**, Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, faz revelações importantes que merecem ser compartilhadas na riqueza dos detalhes. Importante ressaltar, também, que esta entrevista⁹ foi realizada no início de minha imersão em campo, constituindo-se como um guia importante para minhas observações e interações com os demais sujeitos no curso da pesquisa.

Beatriz: “muitas vezes **o trabalhador** [usuário-adulto] ele **não é visto como um trabalhador**. Ele chega aqui, e aí ele vai ser **avaliado em cima da queixa** dele. Então, dificilmente a gente faz assim: **você trabalha com o quê?** Para a gente tentar fazer uma associação a gente teria que ter esse perfil dos nossos trabalhadores. Pode ser que alguma situação ou outra, diante do relato do usuário que está ali, desperte [atenção do profissional] para atividade de trabalho que ele venha desenvolver. No geral, a gente já teve situações aqui de **gestante**, cheia de problema relacionado ao trabalho, mas, assim ela veio aqui **fazer o pré-natal e a associação com o trabalho não importa**, não vamos associar, entendeu? Então no geral, na prática, isso não acontece! Aí a gente **teria que, realmente, fazer parte da consulta saber com o que é que você trabalha?** Você trabalha com o quê? A associação com o trabalho, dificilmente é feita.”

⁹ Sugiro que a leitura dos trechos desta entrevista seja retomada juntamente com a discussão realizada na seção 4.3, que trata das “barreiras” para o reconhecimento do usuário-trabalhador no contexto da USF Federação.

Pesquisadora: então a **difficuldade para o reconhecimento** desta relação seria pela **falta de uma orientação para que seja valorizada a situação de trabalho do usuário?**

Beatriz: “Eu acho que sim, eu acho que sim. Eu acho que, até isso a gente discute. Quer dizer, em relação ao trabalhador domiciliar, por exemplo, a gente está aqui, a equipe está aqui há mais de cinco anos, mas **a questão do trabalhador domiciliar ela não é vista**, é uma novidade inclusive. Agora que a gente foi para o território [com a intenção de identificar atividades produtivas intradomiciliares] a **gente descobriu coisas que nem sabia que existia**, entendeu? Então assim, o próprio **agente comunitário**, muitas vezes não desperta, aquele **olhar que já naturalizou**. Ô eu entro ali naquela casa e faço uma visita e aí ele faz prótese dentária. Ah, ele faz prótese dentária e pronto, [o ACS] faz só isso. Não, ele [o ACS] não tem **nenhuma implicação com** isso, né? Que ele [usuário] é um **trabalhador e até com o próprio ambiente**, aquilo ali que ele está manipulando, onde é que está sendo esse **descarte**? Não tem nada disso. Ele simplesmente faz prótese dentária. Ah porque ali tem a costureira. A costureira está vindo para o posto porque ela está cheia de dor. **Mas não importa se ela é costureira, o problema é que ela está com dor. As associações elas não são feitas**. Não, não tem esse olhar voltado para o trabalho, para associar, entendeu? Na prática, a gente na atenção primária não tem. É mais a queixa! **Queixa-conduta**. É, assim, está com dor de cabeça? Vou tratar aqui e aí voltou, não melhorou, vamos encaminhar, para até chegar a fazer uma associação com o trabalho, às vezes isso nem acontece! Aqui a gente descobriu coisas incríveis, com esse trabalho domiciliar, que ninguém sabia, ninguém sabia que existia. **A gente descobriu aqui um atelier de alta costura**. Tem lá na placa: atelier de alta costura, uma casa enorme e que tem **a dona que emprega cinco costureiras**, que costura para várias pessoas, inclusive alguns artistas, enfim, mas ninguém sabia, nem o pessoal da própria equipe que está ali no território não sabia. Então assim, **a gente está aqui e a gente não está**, entendeu? A gente não conhece tão bem assim o nosso território. A gente está aqui, tem outras questões e aí a gente se questiona: **será mesmo que a gente está fazendo a parte preventiva? Ou não, está só aqui nessas quatro paredes** [gesticula e aponta para as paredes do consultório] **só tratando, e tratando, e tratando e tratando?** Toda essa questão da prevenção, da gente buscar mais parcerias com outros setores e às vezes a gente também nem tem como avançar mais. Situações que já aconteceram de a gente ter, pessoas idosas em casa, necessitando de um internamento e **a gente não tem como fazer nada**. É a família que tem que botar no carro, bater na porta da emergência e dizer “oh, tá aqui assim.”. E **a gente não tem como encaminhar**, a gente não tem como regular para um hospital, sabe? Então, diversas situações também que ainda tem **vários entraves**, que às vezes **a gente não consegue avançar**. Aí vai mais no conhecido, no estudante de medicina que está aqui no posto e que vai entrar em contato lá. Ainda funciona algumas coisas assim. Na prática **a gente tem muitos entraves** ainda. (Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, entrevista).

Em que medida o foco do profissional na queixa do usuário, uma abordagem queixa-conduta, invisibiliza o trabalhador? O que, de fato, contribui para dar este direcionamento, apenas a formação profissional? “Duas vidas em jogo”: quais as implicações de uma avaliação de sinais vitais em gestante e feto sem incorporação de fatores de risco e exposição? O que está por trás do “*olhar naturalizado*” e quais as suas implicações para a identificação de demandas e saúde do trabalhador no território? “*A gente está aqui e a gente não está*”, o que esta afirmação nos revela? A incorporação da pergunta “**você trabalha com o que?**” é suficiente para o reconhecimento do usuário adulto como um trabalhador que traz demandas de saúde relacionadas à sua condição de (não)trabalho?

Os questionamentos resultantes desta entrevista, como já referido, contribuíram para aguçar os meus sentidos em campo. A observação participante dos profissionais em ato, na interação (entre si e) com os usuários adultos, possibilitou a compreensão e ampliação acerca de algumas hipóteses preconcebidas. A formação profissional, influenciada pelo modelo biomédico, contribui para direcionar o foco do profissional para queixa do usuário e invisibilizá-lo como um trabalhador (DIAS e LACERDA E SILVA, 2013). Aspectos do processo de trabalho dos profissionais de saúde comprometem o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na APS (DIAS, M. 2013). Decisões políticas distorcidas reforçam a atuação profissional voltada para controle dos danos e comprometem a integração entre ações assistenciais e de Visau.

4.2.2 O (não)reconhecimento do usuário-trabalhador e suas demandas de saúde nos espaços de interação da USF Federação: percepções materializadas em “realidades cênicas”?

A observação dos espaços de interação dos usuários adultos com a USF Federação foi permeada por momentos de *maré mansa* e *mar revolto*, seja pela movimentação de pessoas ou pelos ânimos alterados. A última semana do mês, por exemplo, é o período de maior fluxo de pessoas circulando e dispostas em frente à unidade, notadamente no turno matutino. Este fluxo aumentado de pessoas justifica-se porque é o período do mês em que a população adscrita pode marcar consulta

médica, sendo reservado um dia da semana para o agendamento dos usuários adscritos por equipe.

4.2.2.1 Recepção da USF Federação: por aqui o usuário-trabalhador circula!

Na recepção principal, a dinâmica viva da unidade logo se apresenta. Recepção cheia é sempre tumultuada? Não, esta não é uma regra determinante na USF Federação. Movimento intenso, pessoas sentadas, enfileiradas e/ou amontoadas no balcão da recepção nem sempre é sinônimo de confusão. A presença de alguns usuários, por exemplo, é motivo de alerta e tensão entre os profissionais.

O dia que ela [paciente com história de adição de drogas] chega aqui **ela fecha tudo, não adianta enfrentar**. Ela é uma **situação de risco para a gente** aqui na unidade, principalmente para quem não sabe o caso dela. Não pode dar testa, tem que dar o que ela quer. (Enfermeira da equipe Orquídea, diário de campo – 26/09/18).

Impaciência, bate boca e agitação, não tem dia e nem hora marcada. Demora para o atendimento, falta de medicação, dificuldade para marcar consulta na unidade ou no Sistema Vida (sistema por onde exames e consultas na RAS são agendados), prontuário não localizado, pedido para atualização de receita negado, manifestações para chamar a atenção, foi possível observar de tudo um pouco.

Diferente de ontem, a recepção está bem movimentada. Do outro lado do balcão dois recepcionistas atendendo os **usuários** meio **amontoados**. [...] Uma barreira de usuários ao longo do balcão da recepção, com documentos à mão, e alguns na linha de trás. **Chama atenção um jovem** negro, alto, trajando bermudão jeans, camiseta branca e um tecido tipo chita, estampado com fundo vermelho, preso como um torço na cabeça, na linha de traz do balcão, a **gritar “eu quero saber do doutor quando é que ele vai fazer a minha vagina”**. Como reação das pessoas a essa fala, do outro lado do balcão, um dos **recepcionistas** parece **constrangido**, não olha para o rapaz, mantém-se de cabeça baixa, aparentemente focado na realização de sua tarefa, com um discreto **sorriso amarelo no rosto**. O rapaz fala repetidas vezes, causando **tumulto na recepção**. (Observação participante na Recepção 1, diário de campo – 19/04/19).

No balcão da recepção três trabalhadores terceirizados acolhem as demandas de usuários e profissionais da USF; fornecem informações e orientações; realizam

marcação de consultas e procedimentos; dispensam, organizam e guardam prontuários. Uma outra função também é exercida por estes trabalhadores: como não há segurança na unidade, eles servem como uma espécie de “vigia”. Ficam atentos ao movimento de quem entra e de quem sai, mediam conflitos e, muitas vezes, permanecem na unidade após o horário de fechamento aguardando os profissionais finalizarem os atendimentos. Deste modo, ficam na linha de frente, vulneráveis a todo tipo de ocorrência que atinja a unidade, recebendo toda carga de insatisfação dos usuários que se põem a reclamar, criar caso, ofender e até mesmo fazer ameaças diante da frustração de suas expectativas na interação com o serviço. É preciso ter jogo de cintura no dia-a-dia na USF!

Turno da tarde, 13:10, recepção com aproximadamente 16 pessoas aguardando agendamento. Uma usuária chega na Recepção principal falando alto, externalizando sua indignação por não ter sido atendida de manhã no acolhimento. Aos berros diz que a ACS responsável pelo acolhimento orientou que retornasse antes de 13h e, ao chegar [às 12:50, diz ela], a recepcionista da USF disse que não tem acolhimento no turno da tarde. A usuária está bastante irritada e fala em tom ameaçador. **“Acha que a gente é cachorro, é? Já disse que vão ter que resolver porque se não resolver amanhã eu venho aqui e encho essa agente [de tapas?]”**. Continua falando cada vez mais alto, como se estivesse fora de si: **“está vazio, não tem porque ele não atender. Ele está aqui e o dinheiro que paga o salário dele é a gente que dá. Deve ser porque a menstruação dele não desceu que ele está assim.”**. À sua volta, todos permanecem calados, observando. Os recepcionistas dão continuidade ao atendimento no balcão, tentando demonstrar naturalidade e meio que ignoram a mulher como se não quisessem entrar num confronto. (Observação participante, diário de campo – 29/05/18).

Na recepção principal, em meio a toda esta dinâmica, os ACS responsáveis pelo acolhimento do dia ficam sentados, sempre no turno matutino. Hoje (23/04/18) cheguei às oito horas da manhã à USF e encontrei a recepção lotada. Dia de agendamento de consultas para usuários da área da equipe Cravo e, também, primeiro dia da campanha de vacinação para Influenza. Na recepção, apenas usuários para marcação de consulta e a vacinação acontecendo mais à frente, em dois consultórios, a princípio sem tumulto. Enquanto aguardo a ACS responsável pelo acolhimento chegar, fico em pé ao lado da recepção observando o movimento. Alguns usuários sentados e outros em pé, em fila (pois falta cadeira para acomodar a todos). Não consigo contar o número preciso de pessoas, devido ao entra e sai, mas percebo

maioria de usuários do sexo feminino, gestantes, crianças pequenas e idosos. Apenas dez homens nesse momento, dos quais três aparentam ter menos de 40 anos e os demais acima de 50 anos. O recepcionista chama as senhas (normal e preferencial) à medida que realiza o atendimento. Ele também é quem dá a ficha quando solicitam no balcão. Pelo que percebi, neste momento eles pegam os documentos do usuário, acessam o sistema de marcação e realizam todos os agendamentos demandados pelo usuário.

Uma usuária disposta ao meu lado começa a falar sobre sua dificuldade para marcar uma consulta com oftalmologista. Já veio várias vezes à unidade e não tem vaga disponível no sistema para esta especialidade. “[...] **só quando eu começar a trabalhar para ter um dinheiro e marcar particular** [...] tem um médico lá na Lapa que cobra 40 [reais], meu olho já está doendo e já não consigo ver as coisas de longe. Às vezes estou esperando o ônibus e não enxergo, quando vou ver o ônibus já passou [risos]”. Uma usuária desempregada, sem renda e sem perspectivas de realizar uma consulta que lhe possibilite amenizar a evolução e os transtornos causados pela redução de sua acuidade visual. Nesta cena, onde se esconde o princípio da equidade? Ainda que estivesse trabalhando e quisesse recorrer ao sistema público de saúde, num contexto, por vezes, de ritmo acelerado por metas de produtividade, onde “tempo é dinheiro”, teria ela condições de ausentar-se do trabalho, constantemente? Quantas horas de trabalho seriam perdidas com idas e vindas até conseguir marcar a consulta, (depois) marcar os exames / procedimentos / consultas, e ter o cuidado à saúde garantido?

O contexto atual do país, conforme mencionado, coloca o cidadão (usuário-trabalhador) diante de uma série de barreiras de acesso, revelando-se iatrogênico por si, uma vez que termina por agravar a condição de saúde podendo levar à condição de incapacidade. De fato, já caminhamos muito, mas “[...] *estamos longe de ter garantia de acesso e atenção de qualidade nos serviços de saúde.*” (RIZZOTTO, 2018, p. 6), sem contar no ônus pessoal e social daí resultantes. E quem pagará esta conta? A fala daquela usuária dialoga, também, com as inquietações dos profissionais da USF Federação frente às dificuldades dos usuários-trabalhadores para garantir seu acompanhamento.

Muitos [entraves]! Por exemplo, um **exame** laboratorial feito na unidade, de rotina, **simples, levando 3 meses para sair o resultado**. Aí a gente pega esse **delay** aí de fazer ajuste de medicação, nesse tempo o **paciente** às vezes **vai complicando** mais e, a gente tem que solicitar de novo os exames que vão demorar mais um tempo para o resultado sair. **Exames simples, de fácil acesso** como uma radiografia, um cardiograma, eletrocardiograma, às vezes **demora meses**. Vai perdendo assim, **é tempo de vida que a gente perde!** Isso é a realidade do SUS. Tem pacientes que a gente chega assim e tem que falar, olha, será que não dá assim para fazer uma vaquinha com a família, para ver se consegue fazer mais rápido o exame? Às vezes a gente tem que lançar mão disso, não é? (Clara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

A baixa oferta de exames, consultas e procedimentos no sistema de regulação da prefeitura, frente à elevada procura, traz uma série de transtornos na vida dos usuários, compromete a garantia do seu cuidado integral e a efetividade do tratamento. Um sistema que opera contra a lógica da garantia do acesso universal, da integralidade e da equidade. As conclusões de Rizzotto e colaboradores (2018) acima, merecem destaque frente ao que venho apontando neste estudo e, por alertar para a importância do engajamento político dos profissionais do SUS e da sociedade civil organizada na luta por justiça social.

A rapidez e a avidez do desmonte do País já apresentam seus resultados com a **deterioração das condições de vida e de trabalho de setores** que na última década haviam saído da condição de pobreza, com melhoria da condição dos trabalhadores. A **reversão dessa tragédia** nacional não **virá** das classes dominantes, mas **das classes e frações de classes que estão sofrendo e sofrerão as consequências do desmonte** do Estado brasileiro e da perda de direitos. (RIZZOTTO et al, 2018, p. 7)

A entrevista com Clara, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, revela uma série de iniquidades em saúde, estas entendidas como *“desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias”* (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006, p. 2006).

A gente sabe que hoje a fila para a **especialidade** é uma **fila invisível**. Você precisa de um oftalmologista, deveria colocar seu nome na lista do oftalmologista, mas não é assim. Você tenta marcar e a pessoa do SAME [recepção] diz **“não tem vaga, volte outro dia** para ver se tem.”. Aí, você sai e daqui a três horas quem chegar e tiver a vaga vai e marca. Então, as pessoas que têm mais necessidade, elas não vão

conseguir ficar vindo na unidade porque elas podem ter uma questão mais grave. Então, **os mais vulneráveis não conseguem**. Aí a gente **fica atento** a esses fluxos para poder **ajudar** o usuário nas marcações. Os ACS também fazem isso, alguns são, por mais que esta **não seja uma função deles**. Muitas vezes os enfermeiros reclamam que eles fazem isso. Eu acho que é uma **coordenação do cuidado fundamental, por mais que não seja uma atribuição**. Entre não ter obrigação de fazer e fazer, você **pode estar perdendo um momento importantíssimo do cuidado da vida da pessoa, que você deixou de fazer por uma burocracia ou porque alguém ia pensar que não era obrigação sua**. A gente **não se paralisa** muito por isso não. (Clara, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista).

Em meio à inoperância do sistema de regulação, os usuários ficam à mercê da sorte, ao “Deus-dará”! Por solidariedade, compaixão ou mesmo imbuídos pela vocação, os ACS assumem a coordenação do cuidado, transpondo as barreiras impostas pela “burocracia” e advertências verbais. Imbuídos deste propósito, **“não se paralisam”**, decidem por assumir uma nova atribuição traduzida em uma série de “pedidos e favores” a serem atendidos. Assumem para si a responsabilidade de dar agilidade à prestação do cuidado e se expõem à mais cobranças e outras cargas (cognitivas e psicossociais) de trabalho. No entanto, se por um lado adensam ainda mais as suas demandas diárias, por outro, permanecem menos tempo no território. Esta pode ser uma das explicações para o fato de observarmos uma presença maciça e constante de ACS na USF Federação. Seria este um mecanismo de defesa desenvolvido para se prevenir dos riscos da violência do bairro e se poupar do desgaste físico do sobe e desce das ladeiras e escadarias?

Seguindo minha caminhada em direção à recepção 2, fui me deparando com outras demandas de usuários-trabalhadores na interação com os profissionais e com o serviço. Ao primeiro contato com a médica da equipe Lírio, fomos surpreendidas por uma usuária, pedindo para falar com ela. Aparentemente preocupada, chamou a médica num canto para conversar e, após se despedirem, a médica retorna dizendo que *“ela está desesperada porque foi convocada pela perícia do INSS. Veio me pedir um relatório porque Temer [Michel Temer] mandou chamar todo mundo que estava afastado em benefício e ela foi chamada para uma perícia de reavaliação.”* (Madalena, médica da equipe Lírio, diário de campo 19/04/18). Um caso de afastamento do trabalho devido a um quadro de transtorno mental, referiu a médica.

“Governo Temer passa a faca nos ‘benefícios por incapacidade’”; “PENTE-FINO: Aposentados por invalidez estão na mira de Temer”; “O pente-fino do governo Michel Temer nos benefícios por incapacidade do INSS foi encerrado com números acima do esperado”, chamadas como estas, noticiadas pelos sites “esquerdaonline”, “spbancários” e “osul”, respectivamente, nos ajudam a compreender o desespero daquela usuária. Oscilações do contexto político e econômico motivam decisões pautadas em cortes que impactam sobre a vida das pessoas menos favorecidas e intensificam ainda mais a condição de desproteção social, num país onde os cidadãos deveriam ter os seus direitos constitucionais respeitados e promovidos.

A incapacidade para o trabalho do usuário-trabalhador se fez anunciada no território! Mais um reflexo de decisões que recaem sobre o SUS, com impactos facilmente absorvidos pela APS. Porém, pelas circunstâncias daquele momento (a médica estava com vários prontuários em mãos para atendimento e, eu estava sendo apresentada aos profissionais da USF), não foi possível aprofundar a conversa para compreender melhor o caso e os encaminhamentos realizados pela médica.

A recepção 2, situada ao fundo da USF, fica repleta de pacientes sentados, aguardando por atendimento: acolhimento, consulta médica ou odontológica, sala de curativos ou procedimentos. Na interação com o serviço, o usuário-trabalhador se fez presente (apenas) aos meus olhos. Um usuário-trabalhador, com uniforme de vendedor de gás, aguardando atendimento na sala de curativo. Um pedaço de pano branco enrolando os dedos de uma das mãos, como se estivesse machucado. Um acidente de trabalho (AT) para mim anunciado? A presença daquele usuário na recepção despertou minha atenção para aquele espaço, enquanto um local em potencial para verificarmos casos de AT que chegam à unidade. É certo que, pelo perfil da unidade, não devem chegar casos de AT graves, porém, sinalizo no meu diário de campo que este é **um lugar para eu me aproximar** e levantar informações sobre o perfil de atendimentos e informações que são processadas (diário de campo, 29/05/18)!

Numa de minhas passagens pela recepção 2, percebo a presença de uma Técnica de Enfermagem e me aproximo. Ela disse estar aguardando a desinfecção do consultório, pois acabara de realizar curativo de uma úlcera infectada no pé de um idoso. Fala que ele era para fazer o curativo todos os dias, mas o idoso tem uma

frequência muito irregular, dificultando a cicatrização. Aproveito para perguntar sobre as demandas que atende no curativo e ela diz que: úlcera infectada, retirada de ponto, curativos em geral. Pergunto se é comum atender pessoa que se acidentaram no trabalho e ela, prontamente, relata-me alguns casos.

O caso mais recente que a Técnica de Enfermagem atendeu foi o AT com um gari. Segundo relato, o gari estava realizando a coleta de lixo no bairro, no turno matutino, quando foi vítima de queimadura por conta de um recipiente com molho de pimenta que “estourou” no momento da prensa do lixo. O trabalhador foi levado para USF Federação. A médica do acolhimento, ao verificar a gravidade da queimadura que atingiu o rosto, olhos e colo do rapaz, encaminhou-o para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento. Outros casos relatados por ela envolveram trabalhador da construção civil, que “*quase perdeu a orelha*”; *entregador de gás com corte e/ou esmagamento de dedo*. AT identificados e nenhum registro realizado! A ficha de procedimento que é preenchida pelo profissional contém o campo ocupação porém, normalmente não é preenchido, sendo priorizados os campos: nome, endereço, nascimento, sexo, idade, prontuário, HAS, DM, doença falciforme, neoplasia, etilismo, doença vascular, tipo de lesão, característica da lesão e o material que foi utilizado no atendimento. A profissional relata que nenhum tipo de registro sobre os AT é realizado. Para ela, “*esse é um tipo de notificação que deve ser feito pela empresa.*” (Valdice, Técnica de Enfermagem, diário de campo 09/07/18).

Não foquei minha observação na sala de curativos, mas estas constatações me fizeram refletir sobre possibilidades de implementação do registro de AT com a ampliação da produção de informações de saúde de interesse para o planejamento de intervenções de Visat. É certo que não valorizávamos esta sala como um espaço onde AT pudessem ser atendidos, desde a sua ocorrência (ou na oferta de curativo), afinal, não estávamos numa unidade de urgência e nem emergência. Porém, a ocorrência de AT de qualquer magnitude deve ser valorizada, registrada e analisada, tendo em vista a previsibilidade e garantia de prevenção de um evento de maior gravidade.

Conforme sinalizado em diário de campo, pautei esta discussão em reunião do grupo de pesquisa, a fim de valorizarmos o potencial deste espaço para produção de informações de AT, realização de atividades de educação em saúde (sala de espera)

e, articulação com demais instâncias da RAS. Mais um espaço de interação em potencial para capturar informações de ST como, por exemplo, acidentes de trabalho de menor gravidade que não são notificáveis no SINAN. Porém, podem dar visibilidade à necessidades de saúde que requeiram o planejamento de intervenções. Apesar de já discutido em reunião ampliada do grupo de pesquisa, até o momento não houve desdobramentos, a exceção da participação de técnicos de enfermagem nas rodas de sensibilização que iniciamos com as eSF.

Ainda na recepção, em meio aos usuários atendidos no acolhimento, uma ACS apresenta-se uniformizada, aparentemente muito gripada, dizendo que precisa passar pelo médico para lhe mostrar resultados de exame. Destaca-se naquele cenário por ser servidora pública e “profissional-trabalhadora” adscrita à USF Federação, uma usuária-profissional-trabalhadora-moradora do território. No diálogo estabelecido com ela, revela que *“estava ruim, quase uma morta viva, sem força para levantar”*, que ficou doente por causa *“daquela mulher do acolhimento que falava assim em cima de mim, cuspiendo dentro da minha boca.”* (Laura, ACS da equipe Margarida, 23/04/19). Prontamente, a ACS responsável pelo acolhimento solicita o seu cartão SUS, preenche a ficha com seus dados e a encaminha para o acolhimento.

O adoecimento do profissional de saúde da USF Federação se revela nos espaços de interação da unidade e é recorrente. Vinte e nove de maio, pouco mais de um mês que estive no acolhimento da equipe Cravo, vejo Laura (ACS da equipe Margarida) novamente na recepção da unidade. Ao me cumprimentar, fala sobre seus problemas de saúde. Naquela ocasião estava muito gripada, afônica, referia falta de apetite e astenia, *“sem força para andar”*. Hoje, ela fala que está com um processo alérgico e uma *“sensação de estar me afogando no seco”*. Sobre o processo alérgico, fala que há algum tempo está cursando com cansaço e manchas pelo corpo. Já foi a vários médicos de especialidades diferentes e ainda não conseguiu fechar o diagnóstico. Está fazendo exames pelo plano de saúde (espirometria, teste alérgico, recentemente fez nebulização), já que pelo SUS não estava conseguindo marcar. Refere outros problemas de saúde: uma íngua na axila direita, *“estou com medo que seja CA [câncer] ou hérnia. Na verdade, estou com problema de junta tudo e joga fora [risos].”* (Laura, ACS da equipe Margarida, 23/04/19).

Laura aparenta ter mais de 50 anos, muito emagrecida, sem boa parte dos dentes inferiores (apenas um, central, com aspecto bem estragado) e com timbre de voz muito rouco e, que se mantém na ativa mesmo com sinais claros de adoecimento. Sua aparência física e sintomas relatados me trazem inquietações. Será que ela está com tuberculose? Considerando as suas condições físicas e exposição ocupacional, esta poderia ser uma hipótese diagnóstica a ser investigada. Uma doença infectocontagiosa, ainda considerada um problema de saúde pública no nosso país, cujos profissionais de saúde fazem parte do grupo populacional vulnerável e, cuja taxa de incidência (todas as formas) no DS Barra-Rio Vermelho foi de 43,2 em 2015 (SALVADOR, 2018a). Ela entra e sai da casa dos usuários, das mais humildes às com melhor condição; é responsável por usuários sadios, acamados ou adoecidos; tem contato pessoal e corpo a corpo; e está visivelmente subnutrida.

À medida que nossa conversa flui, Laura desabafa que está cansada de ficar de médico em médico. *“Porque é assim, um médico para o testículo direito e o outro para o testículo esquerdo [risos], me desculpe. O médico clínico **pede um monte de exames**. Diz assim, “vamos ver se você tem intolerância a lactose” e aí a gente não trata e nem resolve o problema”*. Demonstra irritação com a descontinuidade do tratamento e a dificuldade para estabelecer o diagnóstico, mostrando-se pessimista quanto ao seu estado de saúde. Apesar de ter plano de saúde e facilidade de acesso ao médico da USF Federação, as dificuldades relatadas por Laura me fazem refletir sobre as limitações de um modelo de assistência médico-centrado, que impõe ao paciente uma longa e exaustiva *“via-crúcis”*. Uma trabalhadora adoecida, em situação de presenteísmo, que vem reunindo laudos, resultados de exames, receitas e relatórios médicos, para compor o seu portfólio de incapacidade!

As idas e vindas de Laura, os exames realizados, as manifestações clínicas, exposições ocupacionais e a redução do seu desempenho no trabalho parecem não pertencer à história de uma mesma pessoa, já que os profissionais que a acompanham não conseguem assim percebê-la. Na cena do seu adoecimento, seu trabalho parecia invisibilizado. O trabalho que poderia ter contribuído para desencadear seu processo de adoecimento; o seu trabalho pode está agravando a sua condição física, frente à necessidade de percorrer, diariamente, as ruas do bairro, sob sol forte e chuva; a sua condição de saúde pode não estar compatível com as

suas atribuições, sendo necessárias adaptações ou restrições. Mas, como incluir estes aspectos no plano terapêutico de Laura se ela, mulher adulta, não é reconhecida como uma trabalhadora?

Uma última cena que resgato da observação participante no espaço da recepção é bem representativa do que venho abordando no curso deste “enredo”. Apesar de extrapolar o espaço da recepção e, até mesmo, da USF Federação, resolvi apresentá-la em detalhes nesta seção, pois foi a partir deste cenário que todos os dados produzidos em diário de campo e entrevista foram possibilitados. As temáticas que emergiram da minha interação com a usuária-trabalhadora na recepção da USF Federação, registradas em diário de campo, foram aprofundadas posteriormente durante entrevista, o que me possibilitou trazer à cena da recepção uma maior riqueza de detalhes.

Na recepção da unidade, acompanhando o trabalho de uma ACS da equipe Cravo durante atividade de acolhimento, estabeleci meu primeiro contato com Valmira, usuária-trabalhadora acompanhada pela equipe Orquídeas, que relatava como demanda “*dor intensa nos joelhos*” e pedia para ser atendida pelo médico. Este contato evoluiu em seguida para uma abordagem conversacional na recepção, enquanto Valmira aguardava ser chamada pelo médico, tendo sido autorizado por ela e pelo profissional a minha participação como observadora do acolhimento. Ambos foram previamente informados sobre o meu lugar de pesquisadora e o propósito de minha pesquisa. Decorridos três meses de imersão em campo, em articulação com a ACS de referência, realizei entrevista com Valmira na USF Federação, local escolhido por ela para mais um momento de interação comigo.

Esta estratégia, construída a partir das oportunidades do campo, possibilitou-me produzir dados para análise acerca dos caminhos percorridos por uma usuária-trabalhadora no curso do seu processo de adoecimento. Mais especificamente, compreendi melhor a dinâmica da interação ACS-usuários-médico na atividade de acolhimento e, também, verifiquei como o usuário-trabalhador pode se fazer visível na recepção e, rapidamente, como um vaga-lume, “perder-se na escuridão” no acolhimento médico. Diferentes formas de ver e abordar um mesmo problema!

Valmira, moradora do bairro de longas datas, acompanhada pela equipe Orquídeas, que recorre à USF Federação para ***“passar pelo médico, pegar medicação, consulta com dentista também, já fiz tratamento dentário aqui, consulta e medicação que às vezes eles me dão receitas em outros postos e eu não consigo, aí venho aqui e pego.”*** (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista). Como relatou, vem à unidade quando “não tem jeito” porque sua casa fica localizada numa das “ruas de baixo” e, para chegar à unidade tem que subir uma longa e íngreme escadaria. Uma mulher de 58 anos, que trabalha como diarista (faxina) e chegou ao acolhimento (em 23/04/18) com queixa de dor intensa nos dois joelhos.

Valmira passou pela ACS da equipe Cravo perguntando se ainda poderia ser atendida pelo médico do acolhimento, pois estava com forte dor nos joelhos, sendo orientada a aguardar ser chamada pela enfermeira na recepção 2. Naquele momento, um primeiro diálogo ocorreu entre mim e Valmira, motivado pela coincidência na nossa data de aniversário, “quebrando o gelo” entre nós, e Valmira seguiu para aguardar o atendimento.

Pouco tempo depois, ao passar pela recepção 2, avistei Valmira. Ela já havia passado pela enfermeira, no acolhimento, e aguardava ser chamada pelo médico. Aproximei-me com a intenção de compreender melhor a demanda de saúde que estava apresentando, uma usuária adulta, em idade produtiva, com queixa de dor! Ela foi receptiva à minha presença e, rapidamente, uma conversa fluiu entre nós.

Valmira relata que deu entrada no acolhimento por conta das dores nos joelhos. Porém, confessa, que precisava da receita para comprar a medicação, pois as únicas que pode tomar ela não consegue pelo posto e só são vendidas com prescrição médica. Como já relatado, os usuários realizam algumas manobras para conseguir uma consulta com o médico sem ter que agendar. Uma forma de encurtar caminho, poupar tempo e desgaste para ter sua necessidade atendida mais rapidamente. Uma porta aberta para os casos agudos, de grande importância, mas que vem sendo utilizada de diversas formas, perdendo, muitas vezes, o seu real propósito. No caso de Valmira, a “manobra” para ser atendida no acolhimento justificava-se pelas características geográficas do território, que dificultavam seu acesso à USF Federação.

Aproveito para saber um pouco mais sobre a sua dor e ela refere que faz “*algum tempo*” que convive com as dores, já fez Raio X e conseguiu, com “muito custo”, consulta com ortopedista. Em entrevista, Valmira ratifica a dificuldade para marcar a consulta pela regulação e a importância dos ACS neste processo.

[...] você não sabe quanto tempo que eu fiquei vindo para aqui até conseguir marcar consulta com ortopedista, pela regulação! Na verdade, **quem conseguiu para mim foi Marta [ACS] porque eu não estava tendo tempo de ficar vindo para cá todo dia**. Você vem aqui e não tem, no outro dia vem e não tem. Aí imagine, se eu pegasse transporte para vim aqui, não ia ter dinheiro de transporte para vim aqui todo dia até conseguir marcar, entendeu? É a mesma coisa do [Hospital] Otávio Mangabeira que eu tenho que fazer o exame de escarro, tem que marcar, a espirometria e tenho que remarcar para médica. Só que para remarcar, a médica é dia 27, para fazer o exame de escarro é dia de segunda-feira e para fazer a espirometria é dia de quinta-feira. Uma pessoa que trabalha como **diarista, o dinheiro que ganha tem que pagar as contas, aí vai ter que pagar transporte?** É complicado! Aí no dia que eu estive lá mesmo é que eu pedi ao rapaz o telefone para ver se eu conseguia marcar o retorno para médica e ele disse que **não pode, que tem que ir lá**. Mas é a vida, a gente vai fazer o quê? Agradecer a Deus que está vivo, levantou pisou o pé no chão, está vivo. (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista).

Apesar de toda dificuldade, Valmira conseguiu ir para consulta, pelo SUS, com o ortopedista. Realizou exame de imagem e avaliação médica, porém, as recomendações do especialista não se fizeram resolutivas.

Ele [ortopedista] foi lá e olhou, disse que **isso aqui era por causa do peso, que eu tinha que perder peso, fazer fisioterapia e umas aplicações. Cada aplicação custava 70 reais** e eu tinha que tomar três aplicações. E a clínica dele ficava lá na Mata Escura e eu tinha que tomar acho que era dia de terça e dia de sexta só que ele atende. Só que esses dias **são dias que eu não podia porque é dia que eu trabalho** e nesta casa que eu trabalho terça e sexta praticamente não fica ninguém, e eu fico sozinha e eu não posso deixar de ir. Aí eu perguntei assim, se não poderia ser outro dia, e ele disse que não.” (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista).

O médico reduziu o desgaste físico dos joelhos de Valmira apenas à dimensão individual, comportamental, e, portanto, seu tratamento foi limitado à abordagem física. Mesmo disposta a pagar pelas infiltrações, a incompatibilidade entre a disponibilidade de dia de Valmira com a agenda do médico constituiu-se como uma barreira completa para este tipo de tratamento. Quanto à fisioterapia, ficaria à mercê

da regulação para conseguir realizar o tratamento conforme sugerido. Entre o dilema de priorizar seu tratamento ou a renda no fim do mês para poder se manter, Valmira decidiu por remediar o seu problema e seguir em frente, até quando conseguir aguentar.

Com o trabalhadora informal, Valmira ganha pelo que faz. Trabalha de quatro a seis dias por semana, em torno de oito horas por dia, acrescidas do tempo de deslocamento.

Faço **faxina**, mas é aquela coisa, faço **porque tenho que fazer, porque não tenho quem me dê, quem me sustente**. Mas, vou levando aí como Deus quer. Essa semana eu faço faxina quatro dias e próxima semana eu irei a semana toda. Porque eu tenho uma casa que é no condomínio que eu vou de 15 em 15 dias, quarta e quinta. Aí essa semana eu não vou para lá e próxima semana eu já vou. E as outras eu vou toda semana, segunda, terça, sexta e sábado. Tem uma casa que é próxima eu vou andando. Terça e sexta na Pituba [vai de ônibus]. E, dois dias em Stela Maris, perto da praia do Flamengo [também distante, vai de ônibus]. (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista).

Alguns elementos significativos de sua saúde e trajetória ocupacional vão sendo revelados à medida que minhas questões disparadoras permitem que traga à cena suas experiências de trabalho. Atualmente, trabalha como faxineira, em três casas diferentes. Isto implica dizer que tem três patrões distintos, cada um com seu nível de exigências e demandas para que realize a limpeza, arrumação dos cômodos, lave, passe e/ou organize as roupas, porém, nenhum contrato de trabalho e nem garantias. Um serviço que demanda capacidade física e agilidade para “dar conta do recado” do serviço acumulado nos demais dias da semana em que não está na casa.

Ainda assim, apesar da limitação imposta pelo desgaste físico e pela dor, reconhece-se como uma pessoa abençoada por Deus, que ainda pode fazer do trabalho o seu sustento.

Para mim **trabalho é uma coisa fundamental na vida da gente**. Por que **se a gente não tiver o trabalho, a gente vai viver de que?** Eu agradeço a Deus todo dia a casa que eu tenho, do meu trabalho. Mesmo com todos os problemas que eu tive, que eu tenho, eu sempre lutei para ter a minha casa. Graças a Deus, entendeu? Por que, eu me pergunto, **uma pessoa sem trabalho hoje vive de que**, se não tiver quem lhe dê [dinheiro para sobreviver]? **Se não tiver uma renda, vai viver de que? Tem que trabalhar!** E eu acho que para mim trabalho é ótimo porque eu vejo tantas pessoas, bem mais jovens do que eu,

que estão aí tudo entrevada na cadeira de rodas porque não pode andar por causa do joelho e eu não, mesmo com o meu joelho inchado, está vendo? **Mesmo com o meu joelho inchado eu ando, eu trabalho, eu corro, eu faço minhas coisas.** Se eu ficar parada eu vou, vai atrofiar mais ainda. Eu prefiro ir trabalhar. E lutando para ver se eu perco peso. (Valmira, usuária-trabalhadora do território da equipe Orquídeas, entrevista).

O trabalho é valorado para Valmira como um meio para sua subsistência e, neste sentido, agradece a Deus por ter um trabalho e dele prover a sua vida. Mesmo reconhecendo a sua limitação física, antes com ele (trabalho) do que sem ele. O cuidado à saúde não parece ser a principal preocupação de Valmira, desde que não esteja numa condição de incapacidade. O risco que esta conotação pode assumir é o do não reconhecimento da saúde como necessário para manutenção da vida, com qualidade, dignidade e preservação de força e capacidade para trabalhar.

A “voz” de Valmira fala como as diversas vozes que tenho escutado na minha trajetória profissional e, ao compreendê-la por esta perspectiva fico ainda mais certa quanto a importância de levantarmos a bandeira sobre o reconhecimento (e respeito) do direito à saúde com dignidade; do trabalho em condições salubres; da paridade de direitos; da voz ativa e participação social. E, quando o reconhecimento não acontece, uma série de injustiças se revelam, como defende Fraser (2003; 2007).

Nancy Fraser (2003, p.4) propõe uma importante discussão sobre a justiça social no mundo globalizado e defende a “Paridade de Participação” como um princípio normativo basilar para que a justiça social seja alcançada. Para tanto, alerta que se faz necessário compreender a justiça sob uma perspectiva ampliada, bidimensional, que contemple as reivindicações que pautam preocupações tradicionais e recentes, como “a pobreza, a exploração, a desigualdade e os diferenciais de classe” (justiça distributiva) e, como “o desrespeito, o imperialismo cultural e a hierarquia de estatuto” (filosofias do reconhecimento), respectivamente. Sendo assim, os arranjos sociais propostos pela autora devem garantir “independência e “voz” dos participantes” e institucionalização de padrões de valor cultural que “exprimam igual respeito por todos os participantes e garantam iguais oportunidades para alcançar a consideração social.” (FRASER, 2003, p. 5).

Utopi

a ou possibilidade? *“Se hoje eu fizer uma faxina aqui eu tenho [dinheiro]. Lavar uma roupa outro dia, aí eu tenho. Eu fui, lutei, fui para bolsa família, nunca consegui nada. Eu vou ficar aqui parada, esperando? Eu vou correr atrás do meu prejuízo.”* (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista). Se por um lado, a fala de Valmira evidencia o quão distantes estamos deste ideal, as contribuições de Fraser (2003; 2007) a esta discussão acendem uma luz e nos orienta a pensar/estruturar estratégias de organização da sociedade civil para constituição de uma frente organizada de resistência e reivindicações em defesa do SUS e dos direitos constitucionais dos cidadãos brasileiros, dentre eles, a saúde e o trabalho.

Os direitos previstos aos trabalhadores, de acordo com o Art. 7º da Constituição Federal de 1988, visam a melhoria da sua condição social. Porém, Valmira, no curso da sua trajetória ocupacional, tem sido privada de muitos deles. Durante os 23 anos de trabalho formal, com carteira assinada, trabalhou no prepara de lanches; recepção de assistência técnica autorizada; auxiliar de ensino; e, como auxiliar de serviços gerais, em um hospital público e em um supermercado. Da formalidade à informalidade, perdeu a possibilidade de um trabalho regulado e juridicamente protegido; perdeu a condição de segurada da previdência social; perdeu o recolhimento de FGTS e direito ao seguro desemprego. Uma trajetória de perdas acompanhada, também, pela perda da sua saúde.

Além das dores no joelho, Valmira disse que tem asma e alergia a uma série de medicamentos. Perguntei se tem asma desde a infância e ela disse que não, que começou quando tinha uns 32/33 anos. Prontamente, perguntei-lhe se reconhecia **“algum acontecimento na sua vida que possa ter desencadeado as crises asmáticas, você já trabalhou com algum produto químico?”** Ela disse que, quando trabalhou como recepcionista, numa autorizada da Brastemp, **seu posto de trabalho ficava próximo à oficina de reparo de geladeiras**. Constantemente, sentia cheiro forte de tinta, gás e solda (Diário de campo, 23/04/18), até que um dia teve a primeira crise de asma e, desde então, faz uso de “bombinha”, três vezes ao dia. *“Eu mesma não sei explicar como é que foi que começou. De uma hora para outra eu fiquei com falta de ar. Aí, se eu tomava uma medicação ficava toda empolada, toda*

inchada e tinha que ir para emergência. Aí com o passar do tempo foram descobrindo que nem todo tipo de medicação eu posso tomar.” (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista)

Ao buscar tratamento, o médico anunciou “a sua sentença”:

[...] olhe, **isso é doença de rico**. A doença dela é doença de rico. **Ela é uma pessoa que era para viver dentro de uma redoma de vidro**”. Assim mesmo ele falou para o meu ex-marido, “que nada pode tocar”. Aí meu ex-marido falou assim, “pronto e agora, como é que vai ser?”. Aí ele [o médico] disse, “para ela viver ela **vai ter que viver sempre tomando essas medicações**, e ela não pode ter contato com muitas coisas”. Já aconteceu casos de eu chegar ali e o médico dizer “se demorasse mais 5 minutos ela morria, de asfixia, edema de glote. (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista)

Valmira trabalhava de carteira assinada, tinha uma exposição química indireta no seu ambiente de trabalho, foi diagnosticada com asma, iniciou o tratamento por conta das crises sucessivas que vinha apresentando, chegando a ser socorrida de emergência, mas permaneceu trabalhando no mesmo local por pouco mais de três anos. Naquele cenário, a sua exposição química não fora reconhecida nem como fator desencadeante, condicionante e nem agravante da asma. Aquele período, segundo seus relatos, representou o marco zero para o início de um processo alérgico intenso e crises de asma. *“Quando o nebulizador não funcionava ia parar na emergência. [...] dizem assim que a gente não quer ver a morte, mas eu acho que eu vi. Porque não tem sensação pior do mundo do que você ficar sufocando com aquele negócio tapando aqui, tapando seu nariz [...]”* (Valmira, usuária-trabalhadora, diário de campo 23/04/18). Valmira continuou trabalhando na recepção sob as mesmas condições, só tendo sido demitida depois do nascimento do seu segundo filho.

Seu novo emprego formal foi numa lanchonete. Era responsável pelo preparo de sucos da fruta, quando manuseava de forma intensa frutas diversificadas e desenvolveu um processo alérgico nas mãos. Principalmente, quando manipulava frutas mais ácidas (laranja, abacaxi, por exemplo).

Meu corpo ficou todo inchado, todo descamado, as mãos estouravam, pouco tudo, sangrava, eu não conseguia pegar nada, a mão estourava tudo, ficava parecendo escama. Aí a dona da lanchonete me deu autorização e eu **fui para o INSS** [...] depois, **o INSS disse** que eu não tinha condições de ficar mais, porque **eu era**

nova e tinha que voltar a trabalhar. Voltei para lanchonete e **a dona disse que não me aceitava**, que **naquelas condições não dava mais para eu trabalhar.** Aí me demitui, aí eu fiquei fazendo faxina.” (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista).

Valmira relata uma manifestação clínica sugestiva de dermatose ocupacional. Graças à formalidade, teve o direito de afastar-se do trabalho, permanecendo em benefício previdenciário por oito anos (não soube informar se foi reconhecido o nexo com o trabalho). Porém, sem ter passado por nenhum programa de reabilitação profissional, recebeu alta do benefício. O critério adotado pelo perito do INSS? “você é muito nova” e está em condições de voltar a trabalhar! Contrariamente a esta decisão, os patrões disseram que ela não tinha mais condições de trabalhar na lanchonete e, prontamente, a demitiram. Além de os patrões terem “descartado” Valmira, deixaram de arcar com a responsabilidade dos encargos trabalhistas, como o recolhimento do FGTS.

[...] eu não tinha muita experiência, não sei se porque eu tinha filho pequeno na época, aí rodei muito [...] eu tinha que procurar ver, porque **eu tinha direito de receber aquele dinheiro**, não foi nem uma questão de não querer, **eu não tive orientação**, não tive **ninguém para me dizer assim vá, ou então, faça, que você tem direito.** Deixei de mão. Aí fiquei, continuei buscando trabalho e não conseguia, então comecei a fazer faxina.” (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista).

Na informalidade, Valmira teve que aprender a manejar sua exposição para conseguir se manter ativa. Como faxineira, o contato cotidiano com produtos químicos desencadeia a asma e outras reações alérgicas na pele. Assim, passou a desenvolver, intuitivamente, estratégias e medidas de proteção individual como forma de minimizar os riscos das atuais exposições ocupacionais a produtos químicos que desencadeiam crises alérgica e asmática. Apesar de dizer que **“Tenho que tomar medicação e ir trabalhar.”**, ela desenvolveu um saber fazer que extrapola o uso das medicações de forma profilática, ajustando dosagens por conta própria, fazendo substituições a depender da intensidade da exposição a que estará exposta na semana e, recorrendo a equipamentos para proteção individual.

Valmira: Olha, a bombinha é para eu usar três vezes no dia, pra poder eu respirar e andar. A loratadina são dois comprimidos por dia e a

prednisolona é um comprimido por dia. **Quando eu tomo a prednisolona, eu não tomo a predinisona e quando eu tomo a prednisona eu não tomo a prednisolona, porque um é mais forte do que o outro.**

Pesquisadora: **E qual é o critério que a senhora adota para usar uma ou outra?**

Valmira: Porque um é para dor e para as empolações, esse negócio que eu tenho, a coceira. A prednisolona eu não posso tomar ele constante porque disse que ele ataca o coração, causa arritmia, não sei o que mais lá; a prednisona eu posso tomar um comprimido acompanhando a loratadina, um de manhã e um de noite. A prednisolona eu só posso tomar um comprimido por dia. Mas **se eu tomar a prednisona eu não posso tomar o prednisolona. Agora eu não sei porque. Eu que defino o que vou tomar!** É porque retém muito líquido, incha. Se eu tomar os dois, por exemplo, na segunda-feira eu toma o prednisona, porque eu sinto ele mais leve, aí na terça que eu vejo assim, é **um dia de faxina que eu vou ter contato com um monte de poeira**, aí eu tomo prednisolona porque além dele me aliviar da dor no joelho, ele previne a alergia, **mas nem sempre ele resolve.**

Pesquisadora: **a senhora falou que se antecipa quando vai para a faxina mais pesada e toma a medicação mais forte para a alergia. E, além disso, a senhora usa alguma coisa para se proteger?**

Valmira: **Uso luva, uso máscara. Se eu não usasse luva, minha mão estourava toda.** Eu não tenho contato com a Qboa. Mas, pelo fato de eu não ter contato, **o cheiro incomoda.** Veja, aquele produto. Eu não vou mentir, **tem faxina que a dona da casa diz olhe use isso** assim, assim, assim. **Eu não uso!** Às vezes eu joga lá e saio, depois que passa o cheiro, principalmente quando junta o cheiro, tem o Veja, tem um tal de Ajax que eu não posso nem sentir o cheiro, tem o álcool gel, que é um álcool azul, aquele dali parece que dá no corpo. **Para eu usar aquela luva eu tenho que virar e lavar ela e colocar para secar para eu poder colocar a minha mão.** Se eu comprar e meter a minha mão lá dentro tem aquele **pozinho**, aquilo **me irrita e me coça toda e me incha toda.**

[...] eu boto minha mão dentro da luva cirúrgica e depois eu boto dentro daquela luva amarela. Porque geralmente entra água, olha aqui quando entra água o que acontece, estoura tudo [mostra-me as mãos avermelhadas com erupções na pele].

A luva eu mesma parei e disse assim oh, se eu boto minha mão aí nesse negócio eu me empoço toda então eu vou ter que comprar uma luva. A máscara eu uso porque tenho que usar, mas eu não gosto porque parece que eu fico mais sufocada ainda.

Pesquisadora: **Mas essa luva é a senhora que leva?**

Valmira: É, eu que compro e levo, quando eu tenho [dinheiro] eu compro.

Pesquisadora: **E o que mais a senhora leva?**

Valmira: A luva, a máscara e minha bolsinha de medicação.

Como trabalhadora autônoma, lhe é atribuída a responsabilidade de prover a sua própria proteção. As estratégias que ela tem utilizado demonstram um saber construído cotidianamente e revelam a importância da informação dos trabalhadores acerca dos fatores de risco e exposição, medidas de proteção e ajustes no processo de trabalho, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho. As informações obtidas por meio desta interação nos abrem um leque de possibilidades de intervenção no contexto da APS e ratificam “*a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença.*” (BRASIL, 2009, p. 11).

Percebo que, diante do trabalhador autônomo, o leque de ofertas fica ainda mais limitado. A fala de Dra. Lara, médica da equipe Orquídeas pode nos ajudar a compreender o sentido do trabalho informal naquele contexto.

Pesquisadora: E, quando você consegue identificar, como esse senhor com dor do joelho que é marceneiro, a relação com o trabalho, quais são os seus limites ou o que é possível fazer a partir do momento em que você consegue fazer esse link?

Dra Lara: Pois é, ele no caso, ele é autônomo e é um pouco complicado porque ele depende mesmo, precisava daquele trabalho para o auto sustento. Mas aí, orientar. Ele, por exemplo, eu encaminhei para fisioterapia e recomendei, enfim, fazer uns exercícios de alongamento, não ficar horas seguidas trabalhando porque aquilo podia piorar a dor do joelho. Basicamente isso, as vezes pedir ajuda dos outros colegas, fisioterapeuta, no caso.

No caso de Valmira, as informações sobre os ajustes realizados por conta própria nas medicações por conta dos dias com maior exposição a riscos ocupacionais poderiam orientar uma abordagem educativa, no sentido de minimizar posterior agravamento. Neste sentido, resta-nos saber, em que medida as informações sobre as demandas de saúde da usuária-trabalhadora seriam aprofundadas na sua interação com os profissionais de saúde da USF Federação a ponto de possibilitar a construção do projeto terapêutico: que contemple os aspectos biopsicossociais do seu adoecimento; que possibilite o seu cuidado integral; que considere o seu saber-fazer, mas lhe possibilite ampliar o conhecimento e realizar ajustes de forma orientada, para que não se exponha a outros riscos? Em que medida

as barreiras de acesso serão removidas para que, de fato, o usuário-trabalhador seja reconhecido?

O reconhecimento de Valmira como uma usuária-trabalhadora sinalizou para mim uma série de demandas e, a escuta qualificada de sua história me fez vislumbrar uma série de possibilidades de intervenção. Mas, era preciso verificar como ela seria vista aos olhos do profissional que a atenderia. O médico abriu a porta e falou seu nome em voz alta. Valmira consentiu que eu a acompanhasse e o médico da equipe Cravo, a quem eu já tinha sido apresentada, também não fez objeção para a minha entrada.

“O que trouxe a senhora aqui?” (Rafael, médico da equipe Cravo, diário de campo 23/04/18). Valmira prontamente diz que sente **dor intensa nos joelhos** *“que só passa com Tylex ou Paco e preciso de uma receita para comprar. Também passo Gelo!”* Valmira deixa claro o seu pedido! O médico reage demonstrando querer ampliar o repertório de informações: **“desde quando é essa dor?”** Ela diz que já faz um tempo, *“já fui a um médico, fiz Raio X [lamenta ter esquecido em casa] e o médico disse que era artrose. Ele disse para eu fazer fisioterapia e perder peso.”* (Valmira, usuária-trabalhadora, diário de campo 23/04/18). Valmira justifica-se dizendo reconhecer que precisa perder peso, mas que não consegue porque faz uso de muitas medicações, para alergia e para asma, à base de corticóide, inclusive. Sente-se inchada, às vezes percebe quando tenta vestir uma roupa e ela está mais apertada e refere que a médica do Otávio Mangabeira até passou diurético para ela tomar. Ela diz para o médico que é alérgica a muitos remédios. (Diário de campo, 23/04/18).

As perguntas feitas pelo médico a Valmira abriram perspectivas para a intervenção. Possibilitou a valorização da demanda trazida pela usuária para atendimento; disparou uma abordagem dialogada que possibilitaria a ampliação do olhar e da escuta profissional sobre o problema; porém, incorreu-se no risco de reforçar a abordagem do tipo queixa-conduta. Num contexto de exigência de metas de produtividades / estabelecimento de número de atendimentos por turno de trabalho, de precarização e sobrecarga de trabalho, de limitação de recursos e ofertas para comunidade, a possibilidade de uma intervenção assistencialista parece ser potencializada.

Analisando os registros do diário de campo, verifiquei que, no momento que Valmira falou comigo, na recepção, sobre seu problema da asma e alergias, procurei verificar se era um problema desde a infância ou se estava relacionado a algum tipo de exposição ocupacional ou ambiental. Para Dr. Rafael, esta informação não foi valorizada e nem explorada, num primeiro momento. O médico faz um breve exame físico, direcionado para os joelhos: agachou-se diante dela, apalpou os joelhos, pressionou a região lateral e da patela, solicitou que ela esticasse as duas pernas. Retorna para cadeira e explica que ela tem **artrose**, que é um desgaste da articulação, por isso ela **precisa fazer a fisioterapia para fortalecer a musculatura, diminuir o peso para diminuir a sobrecarga** e que a **dor** que sente é **por conta do desgaste da articulação**. Que ela precisava **evitar alguns tipos de movimentos, subir escadas e que perder peso é realmente essencial** para ela.

Dr. Rafael reforçou a abordagem individual (comportamental) do médico ortopedista, ampliando apenas as recomendações quanto aos movimentos que ela deveria evitar. Porém, não procurou saber quais eram as suas condições (e localização) de moradia (afinal a USF Federação fica localizada na parte mais alta do bairro, sendo acessada pela maioria da população por ruas enladeiradas, vielas e escadarias) e, nenhuma pergunta sobre atividade de trabalho.

O médico retoma a informação sobre as medicações em uso e pergunta **“por que você toma corticoide?”**. Ela diz que é asmática e tem dermatite (mostra as mãos e braços para o médico). Sobre o Tylex, ele diz que é um remédio para dor, que ela também precisa de um anti-inflamatório e decide passar uma medicação diferente, **“cetoprofeno, lembra se já tomou?”**. Ela diz que **“tenho alergia ao Profenid.”** (Valmira, usuária-trabalhadora, diário de campo 23/04/18). **“Então vamos fazer assim, vou prescrever o Paco para você e da próxima vez que vier aqui, traga a lista com as medicações que não pode tomar.”** (Rafael, médico da equipe Cravo, diário de campo, 23/04/18). Fornece a receita, orienta-a a pedir à médica que a acompanha no Hospital Otávio Mangabeira para descrever direitinho que substâncias ela não pode tomar e, encerra o atendimento.

Valmira se despediu de nós, aparentemente satisfeita, levando consigo a receita para comprar a medicação prescrita. Nesta cena, a abordagem (biomédica) do profissional possibilitou o atendimento ao seu pedido, com ampliação da terapêutica

medicamentosa. No entanto, fora insuficiente para o reconhecimento das demandas de saúde da usuária-trabalhadora, que rapidamente se fez invisibilizada.

4.2.2.2 As reuniões de equipe e o lugar do trabalho nas demandas de saúde da população atendida na USF Federação

Apesar de a recepção e as reuniões de equipe não serem abordadas por Brasil (2018a) como momentos onde o reconhecimento do usuário-trabalhador pelos profissionais da APS pode acontecer, circular por estes espaços e participar das reuniões de equipe favoreceu minha aproximação nos *settings* de atendimento. Além disso, verifiquei que estes são dois espaços importantes onde o usuário-trabalhador (des)aparece aos olhos dos profissionais de saúde, tendo sido possível identificar várias circunstâncias em que isto aconteceu.

A reunião de equipe é um momento onde o reconhecimento do usuário-trabalhador e de demandas decorrentes do (não)trabalho acontece e deve ser valorizado, notadamente, pela possibilidade de integração dos múltiplos olhares dos profissionais que favorecem a ampliação da compreensão e abordagem do problema, com definição de estratégias de atendimento, de matriciamento, encaminhamento e estruturação de atividades de educação permanente para as equipes da USF.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, sendo reservado um dia/turno específico para cada uma. Estas reuniões normalmente são coordenadas pelos enfermeiros, devendo participar todos os profissionais de saúde da equipe. Basicamente, só vi ACS, enfermeira(o), médica(o) e odontóloga participando, não sendo frequente a presença de auxiliar/técnico de enfermagem e auxiliar/técnico de saúde bucal. Participam, também, estudantes dos diversos cursos/instituições de ensino que estão realizando alguma atividade com os profissionais envolvidos com a reunião.

Uma vez por mês, as reuniões das eSF acontecem com a presença de profissionais do NASF-AB. Como referido, o NASF-AB é composto por sete profissionais, que são responsáveis por oito eSF, das quais cinco estão lotadas na USF Federação. Este aspecto, acrescido do fato de fisioterapeutas e terapeutas

ocupacionais possuem jornada semanal de trabalho de 20 horas, justificam a necessidade de divisão desta equipe nas reuniões com as eSF.

A análise dos dados produzidos em diário de campo me trouxe elementos para discutir como, na dinâmica das reuniões, o tema trabalho emergia. Uma diversidade de cenas observadas, nas quais o trabalho dos profissionais da USF Federação, do NASF-AB, dos usuários-trabalhadores e, também, o não trabalho destes últimos, se fez presente, porém, nem sempre aprofundado.

Dezoito de abril de 2018, dia de reunião da equipe Orquídeas com o NASF-AB. Esta é minha primeira participação na reunião da equipe. Fui mais uma vez apresentada pela preceptora do internato (minha orientadora) e o grupo não criou objeções para minha participação na reunião.

Uma profissional do NASF-AB traz notícias sobre uma senhora com amputação em membros inferiores, bem emagrecida, enfatizando as condições de moradia e acessibilidade, demandas estas identificadas pela profissional em atendimento domiciliar. Diz que *“a casa dela é muito precária, pequena demais, com apenas três cômodos. Ela divide o cômodo com uma filha que tem doença mental. Ela era catadora de latinha”*. (Luana, Fisioterapeuta do NASF-AB, diário de campo – 18/04/18).

A informação sobre a atividade de trabalho da usuária aparece na fala da profissional de forma ilustrativa, como sendo um mero elemento da caracterização do caso, sem nenhuma consideração além do fato dela ser catadora de latinha. Percebo-me inquieta, em meio a todo aquele falatório dos participantes, fazendo uma série de indagações silenciosas: desde quando ela trabalha como catadora de latinha? Já parou de realizar esta atividade? Há quanto tempo? Onde a realizava? Será que a amputação foi decorrente de algum acidente de trabalho como catadora de latinha? Isto seria uma possibilidade, considerando seu estado nutricional associado à diabetes! Ela parou de trabalhar por conta da amputação? Nenhuma destas questões foi abordada e a profissional prosseguiu a exposição enfatizando as demandas físicas da usuária e dificuldade de mobilidade no seu domicílio.

Mora em local de difícil acesso. A família conseguiu uma cadeira de rodas no CEPRED e ainda não foram pegar. Mas ela **não tem nem espaço para andar em casa com essa cadeira**. Para sair de casa pior ainda, porque **tem que ser carregada e passar por uma espécie escada**. O acesso é pela cozinha, que tem um batente alto. Ela **faz as necessidades fisiológicas em um balde** que fica embaixo da cama e ela se apoia na cadeira e na cama com o balde embaixo dela, correndo o risco de cair. (Luana, Fisioterapeuta do NASF-AB, diário de campo – 18/04/18)

A situação de pobreza, o estado físico atual e a necessidade de orientação/adequações no seu domicílio deram a tônica para finalização da exposição do caso, que resultou no agendamento de visita conjunta da ACS de referência com uma fisioterapeuta do NASF-AB.

A reunião prosseguiu e, em meio aos casos apresentados, mais uma usuária-trabalhadora foi identificada. Chama a minha atenção a forma como a profissional do NASF-AB apresenta o caso e caracteriza a demanda de saúde com o trabalho.

Cândida, técnica de enfermagem, **“tem um quadro de depressão grave, perdeu o auxílio doença e não tem condição nenhuma de voltar a trabalhar. O afastamento do trabalho lhe causou muito sofrimento porque está se sentindo um peso para a família.”** (Catarina, Psicóloga do NASF-AB, diário de campo – 18/04/18). Continua o relato detalhando as abordagens já realizadas até o momento: **“Trabalhamos muito o resgate às atividades, ela topou participar do grupo geração de renda. Sabe cozinhar, pensa em voltar a produzir alguma coisa.”** (Catarina, Psicóloga do NASF-AB, diário de campo – 18/04/18). Outras questões que discutiram dizem respeito ao ajuste da medicação (em fase de reavaliação pela médica da equipe), questionamentos sobre se haverá nova perícia médica e constatação de que a paciente está faltando muito aos atendimentos.

Segundo Campos (2016), a ampliação da produção do cuidado em saúde mental na APS tem sido possibilitada por meio do NASF-AB, uma vez que este dispositivo reúne uma diversidade de *núcleos de saber*, estes representados pelos diversos profissionais que o compõe. Caberá a cada profissional recorrer à sua especialidade para utilizar recursos da clínica e, também, da saúde coletiva, de modo que haja uma plasticidade que possibilite operar com a racionalidade da *“práxis”* (CAMPOS, 2016, p.41).

A maneira na qual as profissionais do NASF-AB discutem os casos revela que naquele espaço há uma atuação contextualizada, usuário-centrada (BRASIL, 2013a), que procura compreender a condição de saúde e seus impactos na vida cotidiana dos usuários. A abordagem da demanda da técnica de enfermagem, por exemplo, não foi direcionada para a depressão profunda em si. A psicóloga situou a representação que a condição de incapacidade para o trabalho tinha na vida daquela mulher, que deixou o papel de trabalhadora para o de *“peso para família”*, como referiu a Psicóloga do NASF-AB.

O projeto terapêutico em discussão possibilitou a busca por informações sobre o acompanhamento médico; a identificação de habilidades e desejos da usuária; e, a indicação de psicoterapia individual e participação em grupo de atividades (geração de renda). Neste sentido, foram traçadas possibilidades terapêuticas que extrapolaram a abordagem medicamentosa, a qual seria insuficiente para dar conta da condição de incapacidade para o trabalho e da perda de proteção social da usuária.

É possível afirmar que a atuação dos profissionais do NASF-AB favorece o reconhecimento do usuário-trabalhador e demandas de saúde relacionadas ao trabalho. A integração dos diferentes núcleos de saber operou no sentido do resgate da autonomia e do retorno à vida produtiva daquela jovem mulher. Uma prática alinhada com a perspectiva do referencial da clínica ampliada e compartilhada, em que a *“saúde mental tem a ver com a liberdade e autonomia das pessoas, com a dificuldade de cada sujeito lidar com a rede de dependências que toda existência engendra.”* (CAMPOS, 2016, p.33).

Brasil (2018a, p.59) defende o potencial das características de composição e operacionalização do NASF-AB para contribuir nos casos de saúde relacionados ao trabalho, ressalta seu papel na complementação da longitudinalidade do cuidado, atuação próxima da população e pautada na integração dos núcleos de saber de cada profissional. A participação destes profissionais em reuniões de equipe amplia a possibilidade de reconhecimento de demandas de saúde do trabalhador, as possibilidades de intervenção e o alcance da integralidade do cuidado. Contribui para a incorporação do olhar sobre as vulnerabilidades sociais, situações de violência e demandas de saúde mental da população assistida. Representa, também, o elo de ligação da APS com os demais componentes da RAS e com demais setores

necessários para dar conta de demandas de saúde e de dramas vividos pelos usuários-trabalhadores no território.

As descrições em diário de campo apresentam falas que demonstram o reconhecimento do usuário-trabalhador, porém percebi que ainda não há uma prática consolidada de busca pelo aprofundamento de informações, atendimento e/ou encaminhamento das demandas de saúde decorrentes do trabalho. Apesar da contribuição dos núcleos de saber dos profissionais do NASF-AB para ampliação das estratégias de intervenção e planos terapêuticos, existem fatores que funcionam como barreira para a garantia do atendimento efetivo, na perspectiva da saúde do trabalhador, o que será melhor abordado posteriormente.

Mais uma reunião de equipe da USF Federação com o NASF-AB. O caso em discussão é de uma usuária que foi encaminhada pelo CAPS e a profissional já fez duas tentativas de visita domiciliar, porém não encontrou ninguém em casa. Este é um exemplo interessante para refletirmos sobre a integração da APS com a área especializada (neste caso, saúde mental), com elementos de reconhecimento da situação de vida e trabalho de uma moradora do território. *“Marivalda, paciente com esquizofrenia, catadora de material reciclável, tuberculose subtratada. Mora com o filho em condições bem precárias.”* (Eva, Assistente Social do NASF-AB, diário de campo – 26/09/18). Segundo a ACS, eles moram na área de abrangência recém incorporada pela USF Federação por meio do remapeamento do território. Até o momento só esteve na casa dela duas vezes. Diz que ela recusa atendimento e não tem cartão SUS de Salvador, motivos pelos quais ainda não conseguiu cadastrá-la. A exposição do caso é rapidamente finalizada com o agendamento de uma visita conjunta da ACS com a assistente social.

É certo que, naquele momento, as profissionais não tinham muitas informações a respeito da vida de Marivalda. Porém, pensando sobre o pouco que havia sido relatado na reunião lanço-me a refletir sobre as questões que poderiam ter sido discutidas do ponto de vista da saúde do trabalhador. Uma usuária-trabalhadora, precarizada e adoecida, que vive numa condição de pobreza e informalidade, que convive com o lixo e dele sobrevive.

Muitos fatores dessa história deveriam ser considerados como determinantes do seu estado de saúde! Fome, desnutrição, condições precárias de moradia, trabalho penoso, insalubre e indigno. Quantas horas debruçada sobre o lixo para juntar um quilo de material reciclável e quantos quilos deste material são necessários para poder ter pão à mesa? Neste cenário, seria o trabalho um fator de risco contributivo ou desencadeador/agravador da condição de saúde de Marivalda? Teria ela sofrido algum acidente ou outro agravo relacionado ao trabalho? A possibilidade de acidente de trabalho (AT) com material perfurocortante e outros agravos relacionados ao trabalho em catadores de lixo é uma realidade que expõe trabalhadores a uma diversidade de fatores de risco à saúde, conforme apontam Hoefel e colaboradores (2013); Coelho e colaboradores (2018).

Um caso semelhante ao de Marivalda foi relatado numa reunião da equipe Cravo, sendo a questão social da família o que deu rumo à conversa. Trata-se de uma família em situação de pobreza extrema - *“eles não têm o que comer e fazem rodízio para ver quem irá comer o que tiver naquele dia”* (ACS, diário de campo - 18/04/18). A dentista da equipe ressalta preocupação com as crianças da família, falando da associação entre o nível de pobreza [desnutrição] e o desenvolvimento intelectual. A enfermeira fala sobre a rua onde a família mora, conhecida como beco do fedô, *“lugar de pobreza extrema, onde moram catadores de lixo e tem muito cachorro e muitas fezes pelo chão”*. Moram num barraco muito precário *“a casa dela fede muito [...] ela convive com o lixo [...] é catadora.”* (Adriana, enfermeira da equipe Cravo, diário de campo – 18/04/18).

A discussão do caso desta família levou os profissionais a listarem possibilidades de articulação com outras instituições, frente à questão da pobreza daquela família. A assistente social disse que o CRASS já foi acionado e iniciará o acompanhamento da família. Uma ACS trouxe a possibilidade de o CECOM (Centro Comunitário) fornecer cesta básica. Lembrem, também, de Sr. Flor, presidente da associação dos moradores do binóculo a quem podem recorrer; e, da pastoral da criança – *“não existe mais aqui e só atende criança desnutrida”* (ACS da equipe Orquídeas, diário de campo – 18/04/18). Porém, nenhuma possibilidades de articulação intersetorial para discussão de estratégias de armazenamento do lixo e controle de zoonoses, numa rua onde os usuários-trabalhadores (con)vivem do (com o)lixo, fora levantada.

Como incorporar as ações de saúde do trabalhador diante da grave condição de fome e pobreza extrema? Ações voltadas para a prevenção de agravos relacionados à atividade de trabalho do catador de lixo, com orientação sobre riscos e formas de proteção individual e coletiva resolveria de imediato o problema da fome daquela família? Amenizar a fome daquela família foi a prioridade que “piscou” e guiou toda a discussão e esforços dos profissionais envolvidos!

A história das duas usuárias catadoras de lixo demonstra uma triste realidade que confronta os profissionais da APS diariamente, um retrato de como vive a “ralé” estrutural brasileira, como descrito pelo sociólogo Jessé de Souza. De acordo com fragmentos retirados da página 21 de seu livro *Ralé Brasileira: quem é e como vive* (SOUZA, 2009), o autor a define como sendo uma classe formada por um conjunto de “indivíduos”, abandonados social e politicamente, “precarizados”, percebidos no debate público como carentes ou perigosos, tratados fragmentariamente por temas de discussão superficiais.

As histórias relatadas trazem dramas sociais que são reconhecidos pelos profissionais, notadamente os relacionados às condições de moradia, trabalho e violência. Uma vez reconhecidas, preconiza-se que sejam privilegiadas “*medidas preventivas e de promoção da saúde, transformando os fatores da vida que colocam as coletividades em situação de iniquidade e vulnerabilidade*” (BRASIL, 2012d, p.10). Porém, esta não é uma atribuição exclusiva do setor saúde, representado pelos profissionais da APS, apesar de reconhecermos as potencialidades decorrentes do trabalho próximo às condições de vida, trabalho e moradia das pessoas. Uma série de fragilidades revelaram-se como barreiras para a promoção da qualidade de vida das pessoas, redução dos riscos à saúde e vulnerabilidades sociais no contexto da pesquisa, as quais me arriscarei discutir buscando reflexões generalizáveis.

Atuar próximo ao local de vida e trabalho das pessoas garante à APS o status de principal porta de entrada para as demandas de saúde da população, dentre elas, as relacionadas ao trabalho (DIAS e LACERDA E SILVA, 2013). A atuação do NASF-AB mostra-se relevante para o reconhecimento do trabalho como um DSS, porém, ainda de forma frágil e pouco consistente no contexto da USF Federação. Neste sentido, esforços são necessários para garantir a defesa do trabalho enquanto DSS

nas reuniões de equipe e, sobretudo, nos espaços de interação dos profissionais de saúde com os usuários adultos.

A garantia da atuação sanitária das equipes requer condições para que, de fato, o que lhes é atribuído seja factível e a APS se constitua como ordenadora e coordenadora do cuidado do usuário-trabalhador na RAS. Neste sentido, a estratégia do apoio matricial em saúde do trabalhador tem sido defendida como uma possibilidade de aproximação da área especializada com as equipes da APS (SANTOS e LACAZ, 2012). Para os autores, esta estratégia representa uma forma de produção interdisciplinar do conhecimento que possibilita o reconhecimento e atuação em saúde do trabalhador. Uma retaguarda técnica especializada que contribui para mudar a *“lógica tradicional de referência e contrarreferência”*. (SANTOS e LACAZ, 2012, p.1145).

4.2.2.3 O aparecer (*“turn on”*) / desaparecer (*“turn off”*) do usuário-trabalhador nos momentos do acolhimento e da consulta na USF Federação.

A pergunta disparadora **“o que te trouxe aqui hoje?”**, traz à cena o(s) motivos(s) que levou(aram) o usuário adulto à procura do serviço, abrindo possibilidades para o aparecer do usuário-trabalhador. Porém, a análise das observações registradas revelou uma diversidade de demandas de saúde (Figura 2)¹⁰ que extrapolam a capacidade de resposta dos profissionais de saúde da USF Federação.

¹⁰ Figura produzida por meio da versão on line gratuita do aplicativo Word Cloud (WordClouds.com), por meio da digitação de palavras registradas em diário de campo representando as demandas atendidas pelos profissionais no acolhimento e na consulta agendada, ficando a critério do programa a diagramação (aleatória).

empregabilidade: “*you work?*”, “*with what you work / what you do?*”, “*how long?*”, “*did you try to retire?*”.

No Quadro 3, apresento os disparadores identificados, suas especificações e as condutas adotadas pelos profissionais, num esforço de discutir o ato seguinte, após identificação do usuário como um trabalhador. As fontes de evidência para tal classificação estão demonstradas nos textos utilizados para compor as cenas. Importante destacar que esta é uma apresentação meramente didática, devendo-se considerar os disparadores na dinâmica viva das interações, podendo (ou não) serem vistos simultaneamente, num mesmo atendimento.

Quadro 3 – disparadores para o reconhecimento do usuário-trabalhador e suas necessidades de saúde.

DISPARADOR	TIPO	CONDUTAS ADOTADAS
Pedidos formais	Atestado e relatório médico.	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem clínica: prescrição medicamentosa, atestado médico com afastamento de curta duração, relatório, solicitação de exames, encaminhamento para profissional de referência na USF, encaminhamento para rede (ortopedista, fisioterapia). Abordagem educativa: fornecimento de orientação (aconselhamento) para mudança de hábitos ou redução de atividades.
Manifestações clínicas	Queixa de dor, mal estar, estresse, depressão.	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem clínica: prescrição medicamentosa, atestado médico com afastamento de curta duração, relatório, solicitação de exames, encaminhamento para profissional de referência na USF, encaminhamento para rede (ortopedista, fisioterapia). Abordagem educativa: fornecimento de orientação (aconselhamento) para mudança de hábitos ou redução de atividades. Abordagem social: a pergunta <i>you work</i> como forma de verificar as condições financeiras / possibilidade de comprar medicação que não é fornecida na USF; ajuste da prescrição considerando medicações disponíveis na USF, mesmo que não seja a opção mais eficaz.
	Estar gestante	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem clínica: atestado médico com afastamento de curta duração, relatório com recomendações, Abordagem educativa: fornecimento de orientação sobre repouso necessário.
Vínculo anterior estabelecido	Preocupação e solidariedade.	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem psicossocial: abordagem dialogada, com demonstração de incentivo e solidariedade.
Ser homem com idade aparente acima de 50	Verificação da situação de empregabilidade e contribuição previdenciária	<ul style="list-style-type: none"> Orientações previdenciárias: pergunta <i>you work</i> como forma de verificar se o usuário desempregado faz jus à aposentadoria, fornecimento de orientações quanto ao tempo de contribuição e direitos previdenciários.

As cenas que serão representadas demonstram o aparecer/desaparecer do usuário-trabalhador na dinâmica viva da produção do cuidado na USF Federação. De um lado, o usuário-trabalhador com suas expectativas pelo atendimento, explicita suas demandas para o profissional. Do outro, o profissional-trabalhador, exaustivamente requerido no seu processo de trabalho, pela pressão do tempo e circunstâncias que concorrem e limitam seu “pacote de ofertas”.

A ocorrência de *aparecer* do usuário-trabalhador seguido de *desaparecer* foi considerado nas circunstâncias em que o trabalho se fez presente na fala do usuário, porém não pareceu fazer algum sentido para o profissional, que: 1. silenciou-se ou realizou uma nova pergunta logo após ouvir do usuário a informação sobre com o que trabalha ou situação de desemprego; 2. não realizou nenhuma abordagem com a fala espontânea do usuário sobre o seu trabalho ou situação de desemprego. O *desaparecer* do usuário-trabalhador se deu em todos os atendimentos de usuários adultos em que o tema trabalho não emergiu, em nenhum momento, durante a interação usuário-profissional.

Quanto às condutas adotadas, verifiquei uma tendência dos profissionais às abordagens clínicas e, timidamente, abordagens educativas/promoção da saúde, orientações previdenciárias e de suporte emocional. Em meio a um contexto marcado por adversidades, um “emaranhado” de problemas precisam ser desenrolados e o “pacote mínimo de ofertas” podem ser insuficientes para disparar a RAS na busca pela integralidade do cuidado na perspectiva da saúde do trabalhador. Porém, revelaram caminhos percorridos e possibilidades de intervenção.

4.2.2.3.1 Pedidos formais: o usuário-trabalhador materializado!

Um pedido formalizado representa, em si, a materialização do usuário-trabalhador diante do profissional de saúde. A demanda qualificada pode ser compreendida como o disparador mais favorável para disparar uma intervenção ampliada, contemplando a relação trabalho-adoecimento, afinal, o próprio usuário já se apresenta no modo *aparecer*.

Porém, circunstâncias do processo de trabalho que requerem uma polivalência do profissional, terminam comprometendo a adoção de condutas ampliadas e tendem

a reforçar uma abordagem assistencialista que não alcança as múltiplas dimensões do adoecimento, mesmo que efetivas naquele momento. Neste sentido, a cena a seguir traz elementos da dinâmica da interação estabelecida entre quatro paredes, nos consultórios da USF Federação, durante o acolhimento e, suas implicações no atendimento do usuário-trabalhador.

CENA 1: Jonatas, 25 anos, vendedor de gás com “dor nas costas”
<u>Tomada 1: acolhimento de enfermagem em ato.</u>
<p>Dia 19 de setembro de 2018, estava acompanhando a enfermeira da equipe Orquídeas no acolhimento, quando ela olhou para o relógio [eram 10:55] e diz, “não disse que ia dar confusão? Dr^a Carol já tem cinco pacientes, Dr^a Helena vai para visita no domicílio para resolver uma situação e Dr^a Lara já tem oito e ainda faltam seis pacientes para atender [demonstra preocupação diante do número de usuários que já tinha encaminhado para atendimento com as médicas disponíveis naquele turno]. O próximo paciente é Jonatas, 25 anos, apresenta queixa de lombociatalgia. Ao perguntar o que houve, ele prontamente diz que trabalha “pegando peso, botija de gás, desde segunda-feira [hoje já é quarta] estou sentindo esta dor nas costas” que irradia por trás para a perna direita. Diz ter tomado Dorflex. Estava trabalhando e ouviu um estalo quando carregou o botijão e não conseguiu continuar trabalhando, por isso precisa de um atestado médico. Todas as informações sobre a dor foram fornecidas pelo paciente fazendo referência ao fato de pegar peso. Ele mesmo fez a associação entre a dor e o trabalho e em nenhum momento foi explorado pela enfermeira a atividade que realiza, sendo anotada a queixa e o paciente foi orientado a aguardar a médica chamar. A enfermeira continua o atendimento e eu fico atenta à possibilidade de acompanhar Jonatas na consulta com Dr^a Lara, afinal, trata-se de um usuário-trabalhador que qualifica a sua dor como relacionada ao trabalho e faz um pedido formal para analgesia e atestado médico. [...] Depois do último paciente atendido no acolhimento de enfermagem, vejo Jonatas aguardando ser chamado. Pergunto se posso acompanhar o atendimento médico e ele diz que sim. Prontamente, dirijo-me até o consultório onde está Dr^a Lara. Como já havia feito entrevista com ela e já sabe da minha pesquisa, ao perguntar se posso acompanhar o próximo atendimento ela diz “é trabalhador?” e eu digo que sim. “Só podia!” (risos).</p>
<u>Tomada 2 – o clima tenso no consultório.</u>
<p>Dr^a Lara permitiu a minha entrada, apesar de estar com dois internos. Me vi no dilema se ficaria ou não no consultório mas, como já tinha sido autorizado por ela e pelo paciente, resolvi ficar, em pé, atrás dela. As cadeiras já estavam ocupadas, restando apenas uma para o paciente. Pela primeira vez vejo Dra Lara agitada. Ela diz que já vai dar meio dia, que ainda tem paciente para atender e hoje à tarde fará um treinamento no distrito sanitário sobre sarampo, às 13h, tem que almoçar e ainda não sabe o endereço de onde o curso acontecerá. Uma ACS bate à porta e ela diz em tom firme que não tem mais condição de atender nenhum paciente, justificando o motivo. Bem que a enfermeira havia previsto que hoje o acolhimento daria confusão!</p>
<u>Tomada 3 – o usuário-trabalhador invisibilizado frente à polivalência profissional.</u>
<p>– Acompanho a consulta de Jonatas (J) com Dr^a Lara (L). Antes de abordá-lo, verifica que ele é paciente de Dr. Manuel, da equipe Tulipa. O atendimento é iniciado:</p> <p>L. O que aconteceu?</p>

J. **Dor nas costas.** [e demonstra, gestualmente, que a dor irradiada para perna direita].

L. Está com quantos anos?”

J. Vinte e cinco, e eu **trabalho com peso, carregando botijão de gás** [fala imediatamente após dizer a sua idade, sem ao menos ter sido perguntado].

L. **Ah quanto tempo** [trabalha carregando gás]?

J. Dez meses.

Dr^a Lara volta-se para os internos e comenta:

L. **Apenas dez meses e já fez um estragão!** [volta-se novamente para Jonatas e continua a abordagem]. Alguma doença conhecida: pressão alta, diabetes?

J. Não.

L. Qual a **medicação** que usou?

J. Dorflex, mas não estou sentindo melhora. Tomo e vou trabalhar. [mais uma vez Jonatas se refere ao trabalho, espontaneamente, e a médica não faz nenhuma abordagem a este respeito. Na sequência da fala de Jonatas, Lara pede para um dos internos realizar o exame físico].

L. Vai você, Alex [um dos internos de medicina], você não quer fazer medicina do esporte? Este é um exame físico clássico.

A médica orienta o interno sobre o tipo do exame, inicialmente com comandos verbais e, diante da falta de jeito dele, levanta-se da cadeira e vai até eles. Realiza o exame demonstrando como faz, verifica ponto de tensão e mostra os achados evidenciados durante as manobras para os estudantes apalparem.

Uma ACS bate à porta com o prontuário de um usuário. Diz que é do “senhor com uma ferida na perna” que a médica solicitou que ele viesse hoje no fim da manhã. Dra Lara mostra-se ainda mais irritada. Diz que não se lembra quem é este paciente e que não tem mais nenhuma condição de atender ninguém, repetindo os motivos. “Pede para Dr^a Carol atender”, diz para a ACS. Eu, o usuário e os dois internos presenciamos, em silêncio, a conversa entre elas. A ACS sai do consultório e Dr^a Lara retoma o exame físico.

L. Dor em região paravertebral com redução de amplitude de movimento no quadril. Parece ser mais uma dor muscular do que óssea.

Retorna para mesa e faz os registros na ficha de Jonatas. Esta médica faz os registros em computador, apesar de ainda não ter sido implantado prontuário eletrônico na USF. Ela digita a evolução, imprime e anexa a folha carimbada no prontuário. Como estou em pé atrás dela, vejo o que ela começa a digitar logo abaixo da descrição do atendimento. **Condutas adotadas:** 1. **Analgesia** (dipirona 1g alternando com ibuprofeno (se não melhorar), caso sinta dor). 2. **marcar consulta com o médico da equipe.** Verifica no computador, numa planilha, como está o estoque das medicações e constata que não tem dipirona e nem ibuprofeno na unidade. Verifica que o bloco do atestado não está no consultório e um dos internos se prontifica a pegar. Continua digitando as informações e pergunta a Jonatas:

L. Você tem condições de comprar o remédio?

J. Tenho.

Mais uma pessoa bate à porta. Desta vez é Dra. Carol. Ela está com um prontuário na mão e diz que foi um paciente para ela por engano, “uma úlcera no pé que você solicitou para reavaliar”. Dr^a Lara lembra-se do paciente e diz que irá atendê-lo. Volta-se para os internos e diz:

L. Gente, tem que adiantar agora porque tenho que sair daqui e esse paciente que vem é bem complexo.

Volta a digitar a conduta de onde parou: 3. **atestado médico para afastamento do trabalho por 48 horas** a contar da data de atendimento. 4. **Solicitado raio X.** Orienta-o a **levar resultado do exame para o médico.**

Enquanto a médica sai da sala para pegar o “bloco do atestado” na recepção principal, faço perguntas a Jonatas sobre seu trabalho. Ele diz que é empregado, com carteira assinada, trabalha das 7h às 19h, de domingo a domingo, folgando um domingo no mês. Diz que faz entregas em vários bairros, por chamado e, também, ao ser abordado pelas ruas. Dirige uma moto com suporte para sete botijões. À medida que troca todos os botijões retorna para o depósito para recarregar, repetindo isso ao longo da sua jornada de trabalho. Dr^a Lara retorna ao consultório, entrega os documentos a Jonatas e encerra a consulta.

Já passam das 12 horas. Agradeço a Dr^a Lara e me despeço. Ela permanece no consultório com os internos para realizar o último atendimento do turno. Saio do consultório refletindo sobre aquela cena, as informações que foram espontaneamente fornecidas, mas que não foram aprofundadas; e, as ações que poderiam ter sido articuladas como desdobramento daquele atendimento. Saio com a imagem daquela jovem médica, que demonstra sinais de estresse e cansaço, testa franzida, movimentos rápidos. Será que ela terá, ao menos, alguns minutos para almoçar e se deslocar, chegando a tempo no curso?

Jonatas, é um trabalhador formal, da área de cobertura da equipe Tulipa que, por conta de um quadro agudo de dor, recorreu atendimento à USF Federação e foi acolhido pelos profissionais da equipe Orquídeas. Um usuário que trouxe uma demanda de forma qualificada por meio de pedidos formalizados: atestado médico e analgesia.

Este caso é bem exemplificativo do que é preconizado por Brasil (2013a) sobre a importância do acolhimento da demanda espontânea: Jonatas transformou a sua necessidade, não programada, em demanda espontânea para a equipe da USF Federação; sua demanda foi acolhida, reconhecida como legítima e conduzida de modo a garantir a continuidade do cuidado, tendo sido resolutiva, naquele momento, no contexto da USF; e, certamente, o amparo encontrado favorecerá a relação de vínculo de Jonatas para com a USF.

As condutas adotadas pela profissional, apesar de importantes e compatíveis com o que é preconizado por Brasil (2018a), foram limitadas à dimensão individual do problema e, ainda assim, poderiam ter sido ampliadas dentro desta dimensão, a exemplo de: realização de orientações quanto aos cuidados que ele deverá adotar ao retornar para o trabalho; sinalizar a suspeita de quadro agudo de Dorsalgia para que, na continuidade do cuidado, seja acompanhada pelo profissional de referência, podendo até informa-la por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); orientações previdenciárias; Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando da confirmação do agravo relacionado ao trabalho.

Decorridas as 48 horas de afastamento do trabalho recomendadas no atestado médico e, com quadro de dor amenizado, Jonatas deveria retornar sua atividade de trabalho, onde continuaria exposto ao mesmo processo de trabalho. O levantamento de informações sobre o ambiente e processo de trabalho de Jonatas possibilitariam intervenções no sentido de prevenir o agravamento do seu problema de saúde e, sobretudo, o acometimento de outros trabalhadores também expostos.

É certo que o atendimento de demanda aberta tem características distintas à do agendamento programado, porém, a valorização da informação produzida no ato do cuidado, desde o acolhimento, poderia contribuir para o planejamento de ações integradas entre da USF Federação com as instâncias da Visau, mais especificamente, de Visat. Desde modo, ficaria demonstrado que o atendimento de demanda aberta na USF não deve ser confundido com uma unidade de pronto atendimento.

Circulando pelo território de abrangência da USF Federação, passei por dois depósitos de distribuição de gás, possíveis locais onde Jonatas trabalhava. Quantos outros há no território? Quantos são os trabalhadores destes estabelecimentos? Existem outros trabalhadores com queixas semelhantes às de Jonatas? Estas informações já deveriam ser de conhecimento da equipe da USF Federação, caso o processo de (re)mapeamento do território tivesse sido realizado conforme preconizado. Aqui fica demonstrado, o que se perde quando são tomadas decisões que distorcem a essência e a potência da responsabilidade sanitária das eSF sobre o território, comprometendo o desenvolvimento do cuidado integral ao usuário-trabalhador.

Em entrevista com o enfermeiro da equipe Lírio, por exemplo, ao falar sobre as demandas de saúde do trabalhador que normalmente atendia, ele traz à cena do acolhimento um trabalhador de empresa de gás atendido com queixa de dor lombar:

*Veio um outro que veio há alguns dias atrás com **dor lombar também relacionada ao peso** que ele pegava **para colocar o gás no caminhão**, então são algumas coisas assim, esporádicas, que eu estou me lembrando. (Francisco, enfermeiro da equipe Lírio, entrevista).*

Teria sido um outro entregador de gás com lombalgia ou uma queixa recorrente de Jonatas? Pergunto ao enfermeiro o que ele pensa sobre como integrar a assistência prestada a este(s) trabalhador(es) com ações de Visat, para que não haja recidivas, não entre(m) num quadro de incapacidade prolongada para o trabalho e outros trabalhadores (sadios) não venham adoecer e ele me diz:

[...] lá no acolhimento, a gente procura dar uma **orientação rápida** assim, tipo, **mudança de função** ou alguma coisa assim relacionada ao tipo, entendeu? Mas a gente acaba mandando para a médica [...] a **médica normalmente prescreve analgésico**. [...] eu até dou algumas orientações assim, de **postura**, de **mudança de atividade**, tentar mudar, até mesmo no trabalho, **conversar com o patrão**, tentar **diversificar** um pouco **as atividades**. Mas isso é uma **orientação breve** que eu faço lá no acolhimento e aí eu passo para a médica. (Francisco, enfermeiro da equipe Lírio, entrevista).

Os resultados desta pesquisa demonstram que além da abordagem medicamentosa (médico-dependente) existe um movimento no sentido de orientar o usuário quanto à adequação postural e ajustes na atividade de trabalho, porém, estas ações ainda soam como um aconselhamento e estão focadas na dimensão individual em detrimento da coletiva. A garantia da integração assistência – vigilância a estes trabalhadores deveria ser uma prioridade, frente às constatações realizadas do risco de desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos e seu consequente impacto na capacidade laborativa de homens em plena idade produtiva. Conforme preconiza Brasil (2018b), estas equipes devem estar preparadas não somente para identificar as doenças e agravos que afetam a sua saúde, mas, também, desenvolver ações eficazes e efetivas, em tempo hábil. Mas, como transformar o texto (Guia PNAB - BRASIL, 2018) em ação, num contexto repleto de adversidades? Este é um dos pontos de tensão que precisamos afrouxar.

A próxima cena, apesar de curta, ratifica como um pedido formal (Raio X) e manifestação clínica de “dor” disparam a pergunta “*com o que você trabalha?*” e, desdobram em uma abordagem medicamentosa e uma orientação simplória sobre a necessidade de ajustes no cotidiano. O vínculo previamente estabelecido entre a usuária e o médico foi facilmente percebido pela forma de como o profissional conduziu o atendimento, porém, aspectos de um cotidiano repleto de adversidades

pela condição de ser mulher, negra, jovem, mãe, com baixa escolaridade e condição socioeconômica, dona de casa e trabalhadora (bico), não foram considerados.

CENA 2: Joseli, 34 anos, ajudante balcão (bar) com “muita dor de coluna”
Tomada 1 - <u>acolhimento médico em ato.</u>
<p>Joseli, 34 anos, chega para acolhimento num dia em que o médico de sua família está atendendo. O vínculo estabelecido é notório, na forma como o médico se dirige a ela e como resgata informações do último atendimento realizado no intuito de saber se houve melhora dos sintomas. Depois de falarem sobre os desdobramentos do último atendimento, o médico pergunta: “<i>E hoje, o que está acontecendo?</i>” (Rafael, médico da equipe Cravo, diário de campo – 23/04/18). “Muita dor de coluna [...] queria fazer um Raio-X.” (Joseli, usuária-trabalhadora, diário de campo – 23/04/18). Para Joseli, a dor é decorrente da anestesia que tomou no parto. O médico faz-lhe alguns esclarecimentos e, na sequência, pergunta com o que ela trabalha. “<i>eu ajudo no balcão de um barzinho</i>” prossegue falando sobre a intensidade da dor, que não a deixa dormir. “Como é esta dor?”, pergunta o médico.</p> <p>A resposta de Joseli à pergunta do médico revela sua sobrecarga diária, enquanto mulher, mãe, dona de casa e ajudante de bar. “<i>Quando estou lavando roupa, sinto aquela fisgada [...] quando fico sentada, não aguento de dor. Acho que é o peso [risos]. Se eu trabalho o dia todo, de tarde estou que não aguento. [...] Fico em pé o dia todo e não aguento de dor.</i>” Joseli revela ao médico que toma medicação analgésica diariamente, por conta própria, como uma forma de amenizar os sintomas de dor. Dr. Rafael chama sua atenção sobre os riscos do uso frequente do remédio. “Às vezes, a gente tem que diminuir a quantidade de coisas que a gente faz, porque remédio é como colocar areia no buraco”. A paciente brinca, que está ficando velha, “<i>depois dos 30 é que começa a aparecer os problemas [risos]. Essa semana a coluna começou até a estralar</i>”. O médico pergunta: “foi depois que você fez algum movimento?”. Ela diz que “<i>Eu estava sentada e quando levantei começou a doer</i>”. Dr. Rafael finaliza o atendimento fornecendo receita, solicitação de exame, fornece orientações para Joseli usar a medicação conforme prescrição e para reduzir suas atividades (sobrecarga física).</p>

O pedido formulado por Joseli trouxe para a cena o seu trabalho no bar e, também, o seu trabalho em casa. Um trabalho que não é remunerado e nem reconhecido, mas que aumenta o número de demandas cotidianas para a mulher administrar e contribuem, também, para o seu desgaste físico e potencializar a sua dor.

Joseli fala sobre o trabalho em pé mantido, por longas horas do dia e, sobre sua dificuldade para se manter na posição sentada por muito tempo. Para ela, as dores são resultado do envelhecimento do seu corpo. Neste sentido, é como se o desaparecer entrasse em cena e, sua condição de trabalhadora fosse por ela apagada. Obscurecida, também, de certo modo, pelo médico, que não explora a informação “*ajudo no balcão de um barzinho*”, mas reconhece que tudo é uma questão

de “*diminuir a quantidade de coisas que a gente faz.*” (Rafael. Médico da equipe Cravo, diário de campo – 23/04/18). Como resultado, uma conduta simplificada, voltada para ajuste da analgesia e o aconselhamento para reduzir a quantidade de atividades realizadas.

Poderíamos atribuir as características deste jovem médico, homem, recém chegado à USF, com contrato de trabalho precário, aspectos que favoreceram o desaparecer de Joseli na cena? Interessante a forma como ele significa o perfil dos usuários que atende quando perguntado depois que Joseli foi embora: “*a maioria é idoso, mulheres e trabalhadores informais. Trabalhadores com carteira assinada normalmente procuram a USF apenas em processos agudos. Diferentemente do HapVida, aqui não é comum virem para pedir atestado. Quando vêm são por problemas agudos. Adultos jovens, normalmente apresentam queixa de lombalgia. [...] que deve ser por conta do trabalho [diaristas, porteiros, serviços pesados]. A conduta adotada nesses casos é tratamento da dor e solicitação de imagens para fins diagnósticos.*”.

Outro pedido formalizado nos traz novas questões a serem problematizadas. Uma usuária-trabalhadora, não moradora do bairro, chega à USF Federação para realizar curativo no tornozelo, com um quadro de úlcera infectada. Eu estava acompanhando o acolhimento de enfermagem, com a enfermeira da equipe Margarida, quando a enfermeira da equipe Orquídeas trouxe a demanda para atendimento.

CENA 3: Maria, 32 anos, cozinheira com úlcera infectada em tornozelo.
Tomada 1 - <u>acolhimento de enfermagem em ato.</u>
Final da manhã, pouco antes do meio dia, estava observando o acolhimento com enfermeira da equipe Margarida, quando a enfermeira da equipe Orquídea bate à porta pedindo que ele atendesse Maria. Tratava-se de uma usuária que veio à unidade como demanda aberta, para procedimento de curativo por conta de úlcera infectada. Ao fazer o pedido, o enfermeira qualificou a demanda, demonstrando reconhecimento da usuária como trabalhadora: “ <i>é um caso de usuária com úlcera infectada no tornozelo esquerdo que veio à unidade para realizar curativo e precisa de atestado médica, pois terá que se reapresentar no trabalho amanhã e ainda não está em condições para isto</i> ” (Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, diário de campo , 10/07/2018). A fala de Beatriz soou como um alerta para mim: uma trabalhadora em busca de atestado médico! Seria um caso de acidente de trabalho? De que trabalho

estamos falando? Em que medida a lesão foi desencadeada no trabalho ou a atividade de trabalho estava comprometendo a sua recuperação?

Em meio a tantas indagações, aproveitei que a enfermeira precisou ausentar-se do consultório e me sentei ao lado de Maria, na Recepção 2. Iniciamos uma conversa sentadas à recepção. Acredito que, por ter me visto saindo do consultório, com crachá pendurado no pescoço, Maria não demonstrou resistência à minha aproximação.

Tomada 2 – o *aparecer* do usuário-trabalhador por meio de uma escuta qualificada na recepção.

Durante nossa conversa na Recepção, Maria (32 anos) revelou que não era moradora do bairro (a família de sua sogra é cadastrada na USF Federação) e, contou que veio à Unidade para realizar curativo, pois a que existe no seu bairro estava com esta atividade suspensa naquele dia. Sem reservas, disse-me que **trabalha há cinco anos como cozinheira, num restaurante de um shopping de bairro em Salvador. Uma cozinheira com uma úlcera infectada no tornozelo!** Procurei obter informações sobre as exigências da sua atividade de trabalho: **o que faz? Como faz? Carga horária de trabalho? Como é organizada a jornada de trabalho? Como é o movimento de clientes no restaurante?** Questões que poderiam orientar a minha compreensão sobre o trabalho de Maria, fatores de risco e exposição e, em que medida, aquela úlcera teria sido ocasionada no trabalho e/ou o trabalho constituía-se como um fator agravante da lesão.

“Fico em pé o dia inteiro, entre a cozinha e limpeza do restaurante.” (Maria, usuária-trabalhadora, diário de campo - 10/07/2018). Além das tarefas que compõem a sua atividade como cozinheira, diz que ajuda na arrumação e limpeza da área de refeição dos clientes e dos sanitários. **“Eu e outro funcionário lavamos a área da refeição e eu lavo os sanitários dos clientes. Depois fico na cozinha, em pé de um lado para o outro. [...] Já tem algumas semanas que estou com essa ferida e estou indo para o trabalho com uma atadura. A patroa me manda ficar atrás do balcão quando chega cliente para não ver que meu pé está assim. Disse que é para não ter problema com a vigilância sanitária. [...] de um tempo para cá está piorando porque eu fico muito em pé e a ferida fica minando e escorrendo”.** (Maria, usuária-trabalhadora, diário de campo - 10/07/2018).

Ao ouvir Maria penso sobre a contradição do que seria esperado enquanto tarefas de uma cozinheira e aquelas que realiza no dia a dia de trabalho, extrapolando o que seria de fato sua atribuição. Uma cozinheira que permanece em local com temperatura elevada, trabalho em pé mantido a maior parte do dia, exposta a umidade nos pés diariamente! Refletindo sobre todos estes fatores de risco para agravamento da sua lesão, pergunto a Maria sobre o que aconteceu com seu pé.

“apareceram umas manchinhas vermelhas e carocinhos pelas pernas. Com um tempo começou a coçar e eu esfregava um pé no outro. De noite eu coçava tanto um pé no outro que chegou a ferir. Aí um dia eu estava descendo da escada na casa de minha mãe e eu me bati com meu irmão [...]. A unha dele bateu em cima da feridinha e infeccionou”. (Maria, usuária-trabalhadora, diário de campo - 10/07/2018).

Diante do agravamento da lesão, a patroa providenciou uma medicação, por conta própria, para Maria. Com o passar dos dias, mesmo em uso da medicação fornecida pela patroa, a ferida foi agravando: **“[...] quando fico muito em pé fica doendo e inchado. A atadura não estava resolvendo e a ferida ficava minando, minando, deixava ela toda ensopada.”** (Maria, usuária-trabalhadora, diário de campo - 10/07/2018).

Maria diz que, na semana passada, ao sair do trabalho com muita dor no pé afetado, foi para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde foi feito curativo, prescrita medicação e lhe deram atestado de sete dias de afastamento do trabalho, para ver se cicatrizava. Em resposta à sua mensagem comunicando o afastamento do trabalho por recomendação médica, recebeu ligação da patroa,

muito chateada, questionando “[...] como é que você coloca um atestado de sete dias logo na véspera do jogo do Brasil? [...]” [jogo das quartas de finais da copa do mundo].

O relato de Maria revela, num primeiro momento, que a ferida não foi causada no/pelo trabalho, porém, deixa evidente a **relação que ela faz entre o seu trabalho e o agravamento da lesão**. Revela, também, situações de **constrangimento** (esconder-se atrás do balcão sempre que entrar um cliente); **desvio de função**; **pressão** e **desconfiança** por parte de sua patroa pelo fato de apresentar atestado de sete dias, na véspera do jogo do Brasil; **problemas sanitários** (manipulação de alimentos associada a limpeza de sanitários e, trabalhar com ferida infectada). Uma conversa rápida, mas reveladora de demandas para intervenção no campo da saúde do trabalhador, sob o meu ponto de vista.

Tomada 3 – o desaparecer do usuário-trabalhador invisibilizado frente ao conhecimento técnico especializado.

De volta ao consultório, esta mesma história ganhou contornos diferentes a partir do olhar técnico da enfermeira, conforme registrei em meu diário de campo. A enfermeira pergunta a Maria o que houve e ela repete a mesma história que me contou sobre o aparecimento dos primeiros sintomas. A enfermeira faz anotações na ficha de atendimento, de cabeça baixa. Repentinamente, levanta-se da cadeira e pede para Maria lhe mostrar as pernas. Após olhar atentamente para as duas pernas de Maria, retorna para sua cadeira e lhe diz que **“existe uma doença, sexualmente transmissível chamada sífilis que tem sintomas parecidos com esses caroços vermelhos que apareceram na perna, a depender da fase.”** (Paula, enfermeira da equipe Margarida, diário de campo, 10/07/2018).

Percebo que a enfermeira está meio sem jeito, mas continua a falar sobre a doença. **“Não se preocupe que é uma doença tratável e que tem cura. Aqui na unidade a gente pode fazer o teste rápido e se você puder esperar o resultado sai em aproximadamente 15 minutos.”** (Paula, enfermeira da equipe Margarida, diário de campo, 10/07/2018). Explica que o resultado pode dar (não) reagente e que **“Se der reagente você pode fazer o tratamento aqui mesmo. São três injeções de benzetacil. A primeira você já poderá tomar hoje e as próximas depois de sete e quatorze dias da primeira.”** (Paula, enfermeira da equipe Margarida, diário de campo, 10/07/2018).

Maria aceita fazer o teste. Um silêncio constrangedor reina no consultório! Enquanto a enfermeira faz as anotações na ficha de atendimento, eu e Maria permanecemos caladas. **O meu silêncio ocultava uma série de indagações que me fazia diante daquela abordagem inesperada.** A expressão de Maria, por sua vez, revelava surpresa e incompreensão. A enfermeira saiu para pegar o kit do teste rápido e Maria quebra aquele silêncio com uma questão: **“como é mesmo o nome da doença que ela disse?”** Eu respondo, **“sífilis”**. Novamente, um “longo” silêncio reina no consultório!

O teste é realizado no próprio consultório e o resultado foi **reagente**.

A enfermeira, meio sem jeito, pergunta para Maria se ela é casada e se tem parceiro fixo. Sem encará-la direito, diz que o teste deu reagente, que ou ela ou o marido foi quem transmitiu a doença para o outro. Que o marido precisa fazer o teste também [...]. A enfermeira saiu do consultório para preparar a administração da medicação. Mais uma vez Maria quebrou o nosso silêncio **“ele quis dizer que eu ou meu marido passou a doença, [...] mas eu nunca tive outro homem!”** (Maria, usuária-trabalhadora, diário de campo - 10/07/2018).

A enfermeira conduz Maria para sala de procedimento e a orienta a aguardar consulta com a médica, depois que for administrada a medicação. (Observação participante, diário de campo - 10/07/2018).

O caso de Maria traz à cena a alternância aparecer/ desaparecer de uma usuária-trabalhadora a partir das perspectivas do olhar especializado (saúde do trabalhador) e o olhar técnico qualificado (enfermeira da USF). O olhar da enfermeira a fez enxergar o que para mim não estava visível, ao tempo em que ofuscou a sua visão para as demandas de Maria relacionadas ao trabalho e às questões de ordem sanitária.

Partindo desta perspectiva, uma série de questionamentos foram suscitados, aos quais não me arrisco responder neste momento. Em que medida o condicionamento do olhar técnico qualificado para as doenças (condições) sensíveis à atenção básica contribui para invisibilizar o usuário-trabalhador e suas demandas de saúde? Seriam estas habilidades excludentes? O que se sucedeu após o diagnóstico da sífilis? Como tecer a rede do cuidado integral de Maria, uma usuária-trabalhadora não adscrita à USF Federação, na RAS a partir do diagnóstico realizado?

Sobre a questão da ordenação do cuidado de Maria, ele foi possibilitado a partir daquele diagnóstico preciso e oferta de tratamento adequado na USF Federação? A articulação entre as equipes da USF Federação e da USF de referência da família de Maria seria um facilitador importante para continuidade do cuidado, a qual pode ter sido impossibilitada frente à baixa cobertura da APS no município de Salvador e ao não (baixo) investimento em informatização das USF.

E seu pedido com relação ao atestado médico, fora atendido? Diante do diagnóstico da sífilis e condição de cozinheira com úlcera infectada, o atestado médico foi acompanhado de um relatório com orientações visando a recuperação e proteção à saúde desta usuária-trabalhadora? Considerando que suas condições de trabalho lhe trazem tantas exposições com risco de agravamento da situação de saúde, sem falar no problema de ordem sanitária aí envolvido, que outras condutas poderiam ser adotadas no contexto da USF Federação?

A sífilis, pela sua relevância epidemiológica em Salvador (e no Brasil), é um dos agravos que orienta o treinamento dos profissionais de saúde, notadamente os enfermeiros, o que pode justificar a rapidez e competência de Paula para realizar a suspeita e confirmação diagnóstica e, garantir o início do tratamento medicamento. A título de informação, a taxa de detecção da sífilis em 2015 (último ano da avaliação) *“foi de 41,2/100.000 habitantes, acima da média do Brasil”* sendo o município de

Salvador “*responsável por 55,4% dos casos notificados no estado da Bahia.*” (SALVADOR, 2018a, p.90).

O “pacote de ofertas” da USF Federação para aquela intervenção estava completo (profissional com conhecimento técnico para realizar a suspeita diagnóstica e fornecer orientações à usuária + kit do teste rápido e medicação disponíveis + equipe de saúde/sala de procedimentos). Porém, ainda que a abordagem de Maria tenha sido resolutiva, em que medida o diagnóstico realizado no acolhimento disparou uma intervenção sanitária?

Como eu não segui o fluxo de Maria na USF Federação, depois do diagnóstico realizado no acolhimento, não pude avançar na discussão para os desdobramentos do caso. De todo modo, fica a reflexão sobre a importância de avançarmos na integração da abordagem assistencial com a da Visau, extrapolando a abordagem focada na dimensão individual, estritamente curativa, para compreensões mais amplas do processo saúde-doença e, assim, possibilitarmos a ativação da RAS, desenvolvimento de ações interdisciplinares e articulações intra/intersectoriais e, efetivação do cuidado integral do usuário-trabalhador.

4.2.2.3.2 Contribuições das manifestações clínicas, do vínculo prévio estabelecido e do ser homem da terceira idade para o aparecer / desaparecer do usuário-trabalhador.

Algumas cenas que se desenrolaram a partir de manifestações clínicas trazidas pelo usuário adulto serão apresentadas para demonstrar como disparam, (quase que) instantaneamente, a pergunta do profissional “**você trabalha?**”. Uma pergunta que demonstra, em certas cenas, algumas intencionalidades do profissional, notadamente, saber se o usuário tem condições de comprar a medicação (quando não disponível na USF) ou realizar algum exame/procedimento no setor privado para agilizar o diagnóstico e início do tratamento. Em outras, uma pergunta que parece não ter sentido diante do silêncio que decorre da sua resposta. Um silêncio que pode significar pouca importância à informação fornecida, ou um silêncio que representa o “**não saber**” fazer com esta informação. Particularmente, esta segunda opção para mim parece ser a mais acertada, revelando a necessidade de investirmos na

qualificação deste profissional para atendimento das demandas de saúde do usuário adulto com incorporação da perspectiva da saúde do trabalhador.

CENA 4: Léa, 31 anos, mal estar e dor abdominal, desempregada.
Tomada 1 – <u>manifestações clínicas como um disparador para o aparecer do usuário trabalhador.</u>
Léa, 31 anos, usuária adscrita à USF Federação, chegou agitada ao acolhimento de enfermagem. Diz que está com dor abdominal e presença de “larva” nas fezes – <i>“ontem quando eu vi a larva comecei a gritar, fiquei em pânico em casa [...] parece que tem um bicho dentro de mim e que vai comer tudo! [...] Será que é coisa grave?”</i> . Enfermeira diz que a médica é quem fará o diagnóstico . Afere a pressão de Léa e pergunta sobre a intensidade da dor que ela está sentindo, de zero a dez. Léa diz que estar sem dor no momento, mas que quando sente a dor é dez. logo em seguida, a enfermeira pergunta: “Você trabalha?” . Léa, prontamente responde que “eu estou desempregada há 4 meses, trabalhava numa lavanderia hospitalar.” (Léa, usuária-trabalhadora, diário de campo – 10/07/18).
Tomada 2 – <u>silêncio no consultório: o desaparecer do usuário-trabalhador anunciado.</u>
Silêncio no consultório! Mais uma vez vejo o usuário-trabalhador desaparecer da cena após responder à pergunta sobre o trabalho. A enfermeira permaneceu de cabeça baixa, preenchendo a ficha de atendimento. De repente, virou-se para mim e disse, com ar de espanto, “hoje está aparecendo muitos casos de queixa intestinal!” . Não realiza mais nenhuma pergunta a Léa, finaliza suas anotações e a encaminha para atendimento da médica.

Enquanto a informação fornecida por Léa sobre sua atividade de trabalho despertou meu interesse em explorar mais sobre o seu trabalho na lavanderia e, sua condição atual de desemprego, para a enfermeira, despertou como reação, um longo silêncio. Fiquei pensando sobre o fato dela saber sobre o objeto de interesse da minha pesquisa ter influenciado a pergunta, mas tive a oportunidade de acompanhá-la em vários atendimentos e nem sempre a pergunta era disparada.

Este silêncio poderia ser justificado por conta do propósito e circunstâncias em que o acolhimento ocorre no contexto dessa unidade? Atender casos agudos, devendo a enfermeira resolver o que estiver ao seu alcance e encaminhar demais demandas para consulta médica. Um espaço que tem se configurado como atendimento do tipo queixa-conduta, não sendo valorizada a produção de informações sobre possíveis relações com DSS que venham disparar alguma intervenção. Não caberia, nesse momento, relacionar as demandas de saúde com possíveis determinantes/condicionantes sociais, ao menos, levantar suspeitas e registrá-las

para investigação? A enfermeira chegou a falar sobre o número de pessoas com queixa de dor abdominal que já havia atendido naquele turno, o que poderia ter disparado uma articulação com a vigilância sanitária para vigilância da água, por exemplo. Poderiam ter sido feitas, também, orientações durante o acolhimento e atividade coletivas de educação em saúde para a comunidade sobre cuidados no consumo da água e lavagem dos alimentos.

Evocando lembranças de uma inspeção sanitária em saúde do trabalhador que realizei numa lavanderia hospitalar, resgato as exposições biológicas (dentre outras) a que os trabalhadores estão aí expostos. Léa teria se contaminado enquanto estava empregada? Que outras exposições ela pode ter sofrido e poderiam ser investigadas? Há quatro meses desempregada e com um quadro sugestivo de parasitose intestinal, a USF Federação, assume papel fundamental para disparar o seu cuidado no e pelo SUS.

Sobre a questão da produção de informações de saúde, não há uma cultura de valorização desta prática, a começar pelos níveis de gestão. A produção de informações tem sido estimulada para fins de controle da produtividade e desempenho dos profissionais das eSF. Como um efeito em cascata, o distrito sanitário, exigido pela gestão municipal sobre a ampliação da cobertura da USF (número de indivíduos cadastrados), monitora os números gerados por cada equipe/profissional e, aciona a gerência da unidade quando os números não estão compatíveis com o esperado. A gerente da USF cobra dos enfermeiros, quem irá cobrar dos ACS. Este fato, associado à dinâmica conturbada em que o acolhimento ocorre compromete significativamente a adoção de condutas mais abrangentes.

A dinâmica do acolhimento é realmente bem conturbada! Um misto de “pronto atendimento” e de retorno de pacientes que burlam a fila de agenda programada para mostrar resultado de exames, solicitar receita ou prescrições. Enquanto estão realizando atendimento, os profissionais, médicos e enfermeiros, são interrompidos a todo momento com batidas na porta ou mesmo demandas que entram sem nenhuma restrição: ACS trazendo mais um prontuário para o acolhimento; ACS e usuários cheios de pedidos (receita, orientação, prescrição); ACS alertando o profissional sobre alguma situação (número de usuários já acolhidos; “*seu José está aí e não está bem não, a irmã tentou suicídio ...*”); estudantes em atividade prática, estagiários ou

professores com algum pedido; enfim, um constante entra e sai que, associado ao número e diversidade de demandas que adentram a porta imprimem um nível de pressão sobre o profissional responsável pelo acolhimento, podendo trazer implicações para o profissional (irritabilidade, estresse, cansaço, pico hipertensivo, dentre outros).

À medida que fui me apropriando melhor da observação participante, a dinâmica conturbada do acolhimento ganhou mais vida nos meus registros em diário de campo. Cheguei a registrar sete interrupções realizadas a um mesmo atendimento médico. Como desabafou a médica da equipe Lírio, na USF Federação não existe ninguém para realizar esta mediação, ou melhor, barrar estas interrupções que, na sua opinião, são exaustivas, tiram a sua concentração e são irritantes. Sem contar quando são situações constrangedoras que já vivenciou de ter o consultório “invadido” por um usuário que queria ser atendido a qualquer custo sendo que ela está realizando outro atendimento. Esta pessoa, na opinião da médica, também seria um suporte para quando o médico precisa de algum formulário ou material não ter que interromper a consulta e dirigir-se do consultório até a recepção principal para pegar. Situações que tomam o tempo e concorrem com a atenção do profissional que já trabalha sob a pressão do tempo determinada pelo número de atendimentos para realizar no turno.

Como desenvolver uma linha de raciocínio acerca do que está sendo relatado com tantas interrupções? Cada interrupção, além de quebrar a concentração do profissional para o atendimento que está sendo realizado, implicam em uma sobreposição demandas para atender. Em um dia de observação participante com o médico da equipe Tulipa, por exemplo, acompanhei a transformação do profissional ao longo do dia. De manhã, no acolhimento, se manteve bem humorado e disposto. Ao final da tarde, no ambulatório de Saúde do Adulto, um profissional extremamente irritado a cada interrupção e pedido que chegava à porta e pouco comunicativo dentro do consultório. O profissional desgasta-se e compromete o seu bem estar no trabalho. O usuário, além de ter comprometida qualidade do atendimento recebido, em menor proporção, também se demonstra incomodado.

Importante ressaltar que a procura pelo atendimento na USF Federação pode ser uma demonstração de reconhecimento daquele espaço como um lugar próximo ao domicílio onde, em um momento de sofrimento, é possível ser acolhido, sentir-se

cuidado e amparado (BRASIL, 2018a). Uma interação que, quando possibilitada de forma adequada, pode favorecer o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos (já estabelecidos).

4.2.2.3.3 A função aparecer/desaparecer do vínculo previamente estabelecido

Como apresentado por Brasil (2018a), quando o vínculo está estabelecido, o profissional passa a ter um repertório maior de informações sobre a vida do usuário e a evolução da sua condição de saúde, o que pode contribuir para a compreensão da demanda trazida pelo usuário sem, necessariamente, ter que recorrer a exames e procedimentos que retardariam o diagnóstico ou se fizessem indesejados.

A relação de proximidade entre Paula (enfermeira da equipe Margarida) e Helena demonstra a sua importância para o apoio psicoafetivo da usuária frente à sua situação de desemprego.

CENA 5: Helena, 27 anos, enfermeira, desempregada.
Tomada 1 – <u>o aparecer do usuário trabalhador pelo vínculo previamente estabelecido.</u>
<p>“Leninha, a próxima é você.” “Grita” a enfermeira ao avistar a usuária na recepção. Quando ela entra, a enfermeira faz a nossa apresentação: <i>“olha essa aqui é uma colega, enfermeira. Helena, esta aqui é Andréa, Terapeuta Ocupacional. Ela vai acompanhar a consulta.”</i> Helena não faz objeção à minha presença, mas percebo, pela sua expressão facial, que ela não está sentindo-se bem. Parece que algo a deixa desconfortável. Pela forma como a abordagem é feita, reconheço que Paula é a enfermeira de referência da família de Helena. Ao sentar-se à mesa, Paula vai direto ao assunto: “Como você está? Já recebeu alguma notícia do REDA da prefeitura [referindo-se ao processo seletivo em curso para contratação em regime administrativo especial da prefeitura de Salvador]?”. “Não, ainda nada”, responde desanimada. “Estou aqui torcendo e rezando por você”. Helena revela que está com dor abdominal, decorrente de constipação intestinal (há cinco dias)</p>
Tomada 2 – <u>o desaparecer do usuário-trabalhador pelo vínculo previamente estabelecido.</u>
<p><i>Você está corada, estava na praia?</i> Ela diz que estava no interior e que tinha retornado no fim de semana. Que lá não tem praia e que devia ser por causa do calor. Sobre o que está sentindo, a usuária diz que está há cinco dias sem evacuar, mostra o abdômen bem distendido, diz que anda enjoada e com a sensação de que a comida <i>“vai sair por cima”</i>. Está preocupada de ser HPilory. <i>“Não sinto vontade de comer nada. O pior é que não posso ficar sem comer por causa da diabetes.”</i> A conversa gira em torno do que ela comeu no fim de semana e, enquanto afere a pressão de Helena, pergunta sobre a avó e a mãe da menina. <i>“Minha avó está bem. Minha mãe vai operar do olho, catarata”</i>. “E sua glicemia, como está, já mediu hoje”? “Está 175, pós prandial. <i>Depois que a médica mudou</i></p>

sua medicação percebi que a glicemia está menos controlada.” Enfermeira pergunta sobre quando foi o último ciclo menstrual. Realiza anotações na folha do prontuário e encaminha a usuária para aguardar consulta com a médica do acolhimento.

Ao apresentarem, vínculo previamente estabelecido, o diálogo flui com maior facilidade e questões da história do usuário são resgatadas e trazidas para a cena pelo profissional. Demonstra o interesse de saber as últimas novidades, como está a vida, além de uma preocupação como demonstração de solidariedade. Deste modo, o mesmo vínculo que provocou o aparecer sobre a situação de trabalho de Helena (enfermeira resgata informações prévias de que a usuária estava prestando concurso público), rapidamente provoca o seu desaparecer, pois a proximidade desta relação impulsiona a profissional a querer saber sobre outros temas da sua vida (o que tem feito, como estão os membros da sua família).

A enfermeira demonstrou seu apoio para Helena, porém, deixou escapar um tema relevante de sua vida, de importância para a sua saúde, que é a situação de desemprego. Em que medida a expressão de desânimo de Helena era decorrente apenas do mal estar proveniente da constipação intestinal? O fato de ainda não ter conseguido se colocar no mercado de trabalho poderia ser uma demanda não revelada no ato daquela interação. Ou, talvez, poderia até ter sido pautada, caso o aparecer não tivesse sido desligado.

Como percebe Maristela, ACS da equipe Tulipa, em entrevista, **“Hoje eu vejo mais desemprego do que trabalho. [...] trabalhadores na maioria adoecendo pela falta de emprego, hoje tem muita gente com depressão.”** Usuários-trabalhadores desempregados, esta é uma triste realidade constatada no contexto da USF Federação. Muitas das respostas dadas aos profissionais ao perguntar com o que você trabalha foi: *estou desempregado há (tanto) tempo.*

O impacto do desemprego em uma usuária-trabalhadora em condição de incapacidade para trabalhar complexificam ainda mais esta condição de vulnerabilidade, sofrimento e adoecimento.

CENA 6: Simone, 45 anos, camareira, desempregada.

Tomada 1 – o aparecer do usuário trabalhador *frente à situação de desemprego*

Simone aparenta ter pouco mais de 40 anos, hipertensa, diabética. Chega ao acolhimento com queixa de cefaleia frequente, notadamente ao fim da tarde. Ela é acompanhada por Dr. Manuel, quem está responsável pelo atendimento do dia. Percebo pelas abordagens, que já têm vínculo estabelecido. A conversa flui, a princípio, motivada pela queixa apresentada.

M. *Você tem insônia? Pergunta Dr Manuel (equipe Tulipa).*

S. *Eu demoro para pegar no sono.*

M. *Mas, por que, **você está estressada?***

S. *Sim, Dr. Manuel, **estou desempregada e preocupada com minha saúde.***

Simone tem **hérnia de disco na lombar** e sente muita dor (**dor irradiada**), faz **acompanhamento com fisioterapeuta do NASF** e queixa-se por não conseguir marcar ortopedista no SUS ("**no sistema nunca tem vaga disponível**"). Fez Ressonância Magnética (RNM) há mais de um ano e queria fazer outra. Dr. Manuel explica que a RNM é um exame diagnóstico e ela já fez.

M. *Você tem **dois caminhos**: operar ou fazer fisioterapia.*

S. *Eu **queria** que o senhor solicitasse para eu fazer **fisioterapia e ortopedista** que vou continuar tentando a vaga.*

O atendimento prossegue com exame físico e o médico puxa o assunto sobre espiritualidade/religião. Finalizado exame físico, Dr. Manuel retorna à cadeira e diz:

M. *Simone, **quando você arranjar um emprego isso tudo melhora.***

Simone passa a falar sobre o seu último trabalho, "**em hotelaria, como camareira**". Depois da demissão, recorreu ao INSS, sindicato, advogado por conta de processo trabalhista. **Acha que não tem mais condição de trabalhar por conta das dores**. Atualmente, Neuza fica em casa com a mãe.

M. *Está vendo aí, o **problema do povo é esse, social.***

Dr. Manuel entrega os papéis de encaminhamento para fisioterapia e ortopedista e libera Simone.

Depois que Simone sai da sala, Dr. Manuel comenta:

M. *Simone **diz que tem dor e não pode fazer nada. Qual o empresário que vai dar um emprego para ela?***

Simone apresenta-se com uma manifestação clínica, que ela qualifica como decorrente da atual situação de desemprego e preocupação com a sua saúde. O vínculo previamente estabelecido com o médico possibilitou uma conversa fluida com realização de pedidos (RNM, fisioterapia e ortopedia); lamentações sobre sua atual condição de saúde/incapacidade; considerações acerca do trabalho como camareira e a sua peregrinação para comprovação da incapacidade para o trabalho após a demissão.

A percepção de Simone sobre não se sentir mais em condições de trabalhar e a do médico de que o problema dela é um problema social, ao tê-la ouvido falar sobre a sua peregrinação após demissão, representam a sua condição de incapacidade para o trabalho enquanto resultado de um desarranjo entre o indivíduo (Simone) e o seu contexto (LOISEL e DURAN, 2005). Problemas na interação dos diferentes sistemas envolvidos nesta interação (pessoal e de suporte; do local de trabalho; de saúde; legal e de compensação), que culminarão com a decisão de Simone de que “está incapaz”.

A demonstração de solidariedade do médico sobre esta condição - “**quando você arranjar um emprego isso tudo melhora!**” – reforça a perspectiva individual do problema, desconsiderando as dimensões e demais sistemas envolvidos. E, reforça o médico, ainda que Simone decidisse por retornar à vida produtiva, “**Qual o empresário que vai dar um emprego para ela?**”.

Se o reconhecimento do usuário adulto como um trabalhador e suas demandas de saúde relacionadas ao trabalho já imprimem dificuldades no dia a dia de trabalho para a adoção de abordagens ampliadas, voltadas para o ambiente e processos de trabalho, que abordagens poderemos esperar para os casos de incapacidade e desemprego?

Adultos jovens sem perspectiva do primeiro emprego. Adultos com idade mais avançada e experientes, amargando o dissabor da peregrinação para (re)colocação no mercado formal de trabalho. Na falta do emprego, cidadãos que passam a viver numa condição de vulnerabilidades. Não ter o que comer, não poder prover o sustento da sua família, endividar-se. Lutando pela sobrevivência, submetem-se a qualquer condição de trabalho para poder colocar pão à mesa.

O caráter **social** é um grande **impactante na saúde** dos indivíduos. Aqui no território da Federação a gente tem uma questão da **vulnerabilidade social** muito mais gritante. A **maioria da população aqui não trabalha**. A gente vê casas onde ninguém exerce um trabalho remunerado, seja ele formal ou informal. [...] chega muito para mim casos de famílias que estão em situação de vulnerabilidade social porque não tem o que comer, porque não tem como manter a sua subsistência. (Eva, Assistente Social do NASF-AB, entrevista coletiva)

Uma situação que tem contribuído para diversificar mais o público que frequenta a USF Federação. Homens que passam a buscar a unidade pela primeira vez, usuários-trabalhadores que perderam o plano de saúde e buscam no SUS assegurar o cuidado à sua saúde. Em meio ao contexto de crise política e socioeconômica para a nação brasileira, é preciso levantar a bandeira do SUS e o princípio da universalidade da atenção, que garante ao cidadão desempregado e desprovido de proteção social, a possibilidade de acesso ao cuidado à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção.

A percepção da médica da equipe Orquídeas de que a maioria da população assistida apresenta baixa renda ou está numa condição de desemprego foi uma justificativa dada para perguntar ao usuário adulto **“você trabalha?”**. Uma demonstração de preocupação com garantia de uma assistência medicamentosa. **“Eu sempre pergunto se o paciente trabalha ou não para ver se tem condição de comprar medicação.”** (Médica da equipe Orquídeas, entrevista). A conduta relatada pela profissional, demonstra como sua preocupação com a questão social orienta as condutas adotadas.

Eu tenho computador [no consultório], tenho acesso a internet e aí dá para eu pesquisar, **olhar o preço da medicação e vejo se o paciente tem condições de comprar**. Às vezes não tem [na farmácia da USF] aí você tem que tentar fazer alguma adaptação com as medicações que estão disponíveis aí na farmácia e esse também é um problema. Porque **muitas vezes a gente é obrigado a prescrever a medicação que não é a ideal para o paciente**. Não que não é correta, mas que não é ideal, por uma questão de falta da medicação na farmácia e o paciente não ter condição de comprar a que eu sugeri. (Médica da equipe Orquídeas, entrevista).

Esta mesma profissional traz para a cena outro disparador que desperta a atenção do profissional para a relação das necessidades de saúde da usuária gestante com o trabalho. A pergunta sobre o trabalho, neste caso, orientou condutas numa lógica de garantia do bem-estar da trabalhadora e prevenção de complicações. Uma paciente com gestação avançada, pernas bem edemaciadas, sem outras queixas ou sinais de gravidade. Ao perguntar sobre o trabalho, constatou que era vendedora, em um shopping, e ficava muitas horas em pé.

Para ela eu tive que dar um **atestado** de alguns dias **para poder descansar**. Foi o máximo que eu consegui fazer porque eu sei que **a rotina de trabalhar em shopping é pesada**, é puxada, então **foi o que deu para fazer, orientar a conversar** amigavelmente com os patrões para ver se pode **ter momentos de descanso**. Às vezes eu dou esses conselhos, mas **não passei disso não**. (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

A mulher, gestante, que demanda a USF Federação, dispara o interesse do profissional em saber se trabalha e com o quê, funcionando como um disparador para o aparecer do usuário-trabalhador. Para elas, quando trabalhadora formal, a médica se preocupa com a avaliação dos sinais vitais (mãe e bebê), orientações quanto a cuidados e restrições no trabalho, fornecimento de relatório e atestado médico. Para outra gestante, que trabalha como vendedora autônoma (armarinho em casa), o desaparecer entrou em cena logo após demonstrar que é trabalhadora informal, sendo adotadas apenas condutas direcionadas para a avaliação clínica e prescrições médicas.

Para um médico, em específico, observei ser recorrente o acionar do aparecer para o tema trabalho, quando diante de usuário, homem, idoso (aparente). Conforme compreendi, a pergunta sobre a situação no mercado de trabalho era motivada pelo interesse dele saber como estava a situação previdenciária do usuário (*“tentou se aposentar?”*), se havia feito contribuições e, por quanto tempo. Como um ato de solidariedade, assim demonstrado, o profissional transmitia as informações que havia levantado por conta da iminência de sua aposentadoria, chegando a sugerir estratégias e simular conta para o usuário no momento da consulta: “você só tem 11 anos e seis meses de carteira assinada. Por que não continua recolhendo como autônomo para completar 15 anos de contribuição e poder se aposentar aos 65 anos?”. (Manuel, médico da equipe Tulipa, diário de campo – 14/06/18).

A questão da aposentadoria, além de ser uma realidade iminente para aquele médico, é um tema que tem causado alvoroços na população diante das tentativas de consumação da reforma da previdência social e, certamente, trará repercussões no que diz respeito ao perfil da população atendida e de suas demandas de saúde. Num contexto de perda de direitos sociais, como ficará a população envelhecida, desempregada e sem perspectiva de aposentadoria? E a APS, altamente sensível às

oscilações do contexto macroeconômico, político e social, estará prepara e em condições de atender a demanda crescente resultante deste processo?

4.2.2.3.4 O desaparecer do usuário-trabalhador toma conta da cena!

Duas cenas foram escolhidas para retratar circunstâncias em que o usuário-trabalhador é invisibilizado durante o atendimento. Dois trabalhadores, apresentando como pedido a renovação da receita e necessidade de ajuste da dosagem da medicação para controle da hipertensão arterial. Na primeira cena, o tema trabalho só se fez presente rapidamente, trazidos pelo usuário e por meio de uma pergunta que eu fiz, porém, não resultou em nenhuma conduta por parte do médico. Na segunda cena, o próprio usuário se apresentou como trabalhador, trouxe de forma espontânea elementos da sua trajetória ocupacional e apresentou demandas de saúde que se constituem enquanto fatores de risco para ocorrência de um agravo relacionado ao trabalho (AVC, infarto, acidente de trabalho, por exemplo) e, em nenhum momento foi visto pela médica como tal.

Aos 62 anos de idade, Sr. João referiu que esta era a primeira vez que vinha à USF Federação. Deu entrada no acolhimento por conta de pico hipertensivo e passará pelo médico da equipe Tulipa. Logo que abriu a porta, os olhos bem avermelhados daquele homem negro, com aparência abatida, chamaram a minha atenção. Estaria aquele usuário embriagado? Esta foi a primeira questão que me veio à mente. De acordo com os dados que obtive do prontuário, a família é adscrita à área da equipe Orquídeas, tendo sido encontrado apenas ficha de atendimento de sua esposa. Uma família composta por três pessoas que são, segundo anotações na capa do prontuário, ele (mecânico), sua esposa (59 anos, higienizadora) e seu filho (39 anos, desempregado).

Relatou ao médico que está com pressão alta, descompensada, apesar de em uso de medicação. Ele justifica que não vem à USF e não tem feito acompanhamento médico por causa do trabalho. Trabalho? Que trabalho? Duas internas de medicina social entraram no consultório para falar sobre a paciente que estão atendendo no consultório ao lado “queixa de parestesia em MSE, 26 anos.”. O atendimento de Sr. João foi interrompido e o médico discute o caso, suspeitas diagnósticas e faz

orientações quanto à abordagem que deverá ser realizada. As internas se retiraram do consultório e Dr. Manoel retomou o atendimento.

O médico continua a anamnese clínica e Sr. João refere que está com **dor de cabeça, queria verificar PA e trocar a receita que estava vencida**. No momento em que Dr. Manoel foi aferir a pressão de Sr. João, ele mudou de braço e disse “*esse braço [esquerdo] aqui não, doutor, porque eu sofri um acidente.*” O médico, sem fazer qualquer pergunta diante da informação, pegou o braço direito e aferiu a pressão. Acidente, qual, como, quando, onde? O médico prossegue com o exame físico. E estes olhos **vermelhos, estão sempre assim? Já foi a um oftalmologista? Sr. João diz que há muito tempo que esteve num oftalmologista, que não sente dor, mas eles estão sempre vermelhos.**

Novamente, as internas entram no consultório para discutir outro caso, enquanto Sr. João fica parado aguardando. Aproveito e lhe pergunto: “*o senhor trabalha com o que?*” Responde que “*trabalho como pintor e pedreiro*”. Dr. Manuel ouve e, prontamente diz, “*Ah, esses olhos vermelhos devem ser por causa disso*”, e retoma a conversa com as internas. Apesar de ter sugerido a relação causal entre a exposição química no trabalho e a irritação nos olhos, Dr. Manuel prossegue e finaliza o atendimento fornecendo para Sr. João: receita médica com **ajustes nas medicações**, solicitação de **exames de laboratório** e **encaminhamento para oftalmologista**.

A suspeita diagnóstica de Dr. Manuel não implicou em nenhuma conduta adicional além do encaminhamento para o oftalmologista. Conforme já descrito anteriormente, esta é uma das especialidades que os usuários referem muita dificuldade para realizar marcação. Se houve a suspeita, não poderia, ao menos, realizar algumas orientações para sua proteção?

Além dos disparadores que poderiam despertar o interesse do profissional para o trabalho do usuário, presenciei momentos de interação, em consulta programada, em que o trabalho se fez presente na fala do usuário, no transcorrer de todo atendimento, porém, nenhuma abordagem e nem conduta foram adotadas pelo profissional a este respeito, frente às circunstâncias do atendimento e outras complexidades do caso que emergiram no processo de interação.

Gerônimo tem 49 anos, um homem negro, que chega para consulta programada com a médica da equipe Orquídeas, quem lhe faz a pergunta disparadora do atendimento: **“o que lhe traz aqui?”** Diz que veio **pegar receita para poder pegar o remédio de pressão**. Nega qualquer sintoma. A médica pergunta qual a medicação que está em uso e, ao responder, ele já **delimita na linha do tempo de seu tratamento medicamentoso com a atividade de trabalho**: *“eu usava Losartana quando estava saindo da Coelba, quando tinha dificuldade para controlar a pressão.”* Segundo relata, a pressão naquela época era sempre elevada (220x190mmHg; 180x150mmHg), e ele permanecia assintomático. Dra. Lara faz comentários sobre os cuidados que pacientes com pressão arterial elevada, assintomáticos devem ter. Nenhuma pergunta e nem referência à sua atividade na Coelba.

A associação que Gerônimo faz entre seu tratamento medicamentoso e o afastamento da atividade de trabalho acionou o aparecer do usuário-trabalhador, sem ter sido necessário nenhum disparador para despertar na médica o interesse por saber se ele trabalhava. Porém, ela continuou a sua linha de raciocínio focada no tratamento da doença. Para mim, o aparecer possibilitado pela fala dele rendeu vários questionamentos que aos meus olhos poderiam ter sido explorados. Que trabalho Gerônimo realizava na Coelba e sob que condições? Trabalho com exposição a ruído e/ou em turnos? Trabalho com desgaste físico intenso? Trabalho com exposição térmica elevada e baixa ingestão hídrica? Perguntas que poderiam dar algumas pistas sobre a pressão arterial sistêmica descompensada, para além do (des)ajuste medicamentoso.

A consulta de Gerônimo começou a ficar densa em informações sobre os seus trabalhos e a sua vida. Ele é um homem que fala sem parar, independentemente de ter sido abordado pela médica, daqueles que falam “atropelando” o outro. Enquanto Dra. Lara estava lhe explicando sobre os riscos da pressão alta, ele foi logo dizendo **“é porque eu trabalho na estiva, no porto, e que fiz teste de esforço, recentemente. Está tudo bem.”** (Gerônimo, usuário-trabalhador, diário de campo - 17/07/2018). Refere que realizou há poucos dias Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e que foi considerado **apto para o trabalho**, porém não trouxe os resultados dos exames.

Estivador que trabalha no porto? Nunca realizei nenhuma aproximação desta modalidade de trabalho, porém, o trabalho no porto, onde chegam navios e embarcações repletos de mercadorias já traz para mim a imagem de uma atividade que requer certo condicionamento físico para realizar. Como atribuem Cavalcante e colaboradores (2005), este é um tipo de trabalho que irá requer esforço físico intenso para movimentação de mercadorias em convés ou porão de embarcações, envolvendo “o transbordo, a arrumação, a peação, bem como o carregamento e a descarga das mesmas, sendo realizadas com equipamentos de bordo e os recheios de bordo.” (CAVALCANTI et al, 2005, p. 103). Um trabalho que, segundo os autores, traz como principais agravos dos distúrbios osteoarticulares (hérnia e desgaste articular do joelhos) e metabólicos, como a diabetes e a hipertensão.

Como se não estivesse ouvido as informações de Gerônimo, Dra Lara pergunta sobre saúde (perguntas específicas de Saúde do Homem), hábitos e estilo de vida. Gerônimo, sem nenhuma restrição, revela que faz uso de álcool, cigarro, drogas ilícitas (maconha e cocaína) e, revela-se homossexual. A consulta torna-se cada vez mais densa em informações e Gerônimo não para de falar, em tom cada vez mais alto. Até mesmo nos momentos em que batem à porta para falar com a médica, ele direciona seu olhar para mim e continua falando, gesticulando e procurando fotos no seu celular para mostrar para a gente o quanto gosta de fartura, comida farta e “pesada” (principalmente de manhã), farras e foto do seu parceiro. Sem nenhuma discricção, censuras ou ressalvas, ele aproveita aquele espaço para falar, compulsivamente.

Muito do que ele trouxe na sua fala nos revela sobre a vida que leva, regada a exposições: além daquelas relacionadas ao seu trabalho como estivador, tem as relacionadas ao seu estilo de vida e vícios. Cavalcante e colaboradores (2005) abordam percentual considerável de estivadores que referem consumo de álcool e entorpecentes. A droga consumida pelos estivadores pode estar relacionada ao trabalho, como um meio de aguentar pegar no pesado, de encarar uma atividade degradante e, de se fazer aceito naquele contexto social (CARDOSO e ALMEIDA, 2007). Uma informação que poderia ter sido checada pela médica é se Gerônimo consome algum tipo de droga enquanto trabalho, pois como verificado por Cardoso e Almeida (2007), este fato além de expor o trabalhador a riscos de acidente de trabalho,

põe em risco, também, trabalhadores que estejam por perto. Esta poderia ser uma linha condutora para orientar uma abordagem educativa e de suporte psicossocial ao usuário-trabalhador no contexto da USF Federação.

Nega infarto ou AVC. Diz que fez duas cirurgias “*por causa de bicho de cobra que pegou no trabalho como estivador*” (Gerônimo, usuário-trabalhador, diário de campo - 17/07/2018). Continua trazendo o trabalho na sua narrativa, de forma espontânea, referindo já ter trabalhado na Coelba, no Hospital Português, na ALCAN e durante 14 anos na CODEBA, como estivador. Pelo que entendi, sempre trabalhos noturnos. Ao referir o trabalho na ALCAN, penso sobre possíveis exposições químicas que deve ter tido, caso tenha sido exposto ao alumínio no seu processo de trabalho, o que poderia ter orientado uma conduta da médica de investigação por meio de exames laboratoriais, por exemplo.

Diante das informações prestadas, sou instigada a pensar sobre a trajetória ocupacional revelada por Gerônimo, tendendo a pensar sobre a relação do trabalho pesado (como estivador) com a pressão arterial elevada e, o trabalho noturno (na estiva) e sua associação com o uso de álcool e outras drogas (CAVALCANTI et al, 2005).

Quanto à médica, suas condutas giram em torno do abuso de drogas, comportamentos de risco e controle da pressão arterial. Ela prescreve exames sorológicos para Gerônimo realizar, realiza ajuste e orientações quanto à medicação e pede para que ele traga, ao retorno todos os exames já realizados e os que está por realizar. Pergunta se ele tem interesse de fazer um tratamento para dependência química e, diante da aparente receptividade, faz o encaminhamento para o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA).

A síntese da interação estabelecida entre Gerônimo e Dra Lara, apesar de ter privilegiado as principais temáticas que emergiram, não seria capaz de dimensionar o quão desgastante foi aquele atendimento. Além da forma como ele se portava, querendo “dominar” a cena, exibir os seus “dotes” e a sua vida, o próprio conteúdo denso da sua história, com demandas importantes reveladas e, as interrupções feitas por ACS e usuários que batiam à porta (a médica chegou a trancar a porta depois da quarta interrupção, decidindo por não levantar mais para ver do que se tratava). Se

eu, como observadora, sai exausta daquele atendimento, imagina aquela médica, que estava tendo alta demanda cognitiva para desenvolver um raciocínio clínico, realizar orientações, solicitar exames e administrar as outras demandas que batiam à porta? Um cenário bem adverso, que não lhe permitiu reconhecer Gerônimo como um usuário-trabalhador, ele que desde o início da consulta se manifestou com o aparecer ativado!

Posteriormente, aproveitei a oportunidade de entrevistar Dra Lara para resgatar a cena do atendimento de Gerônimo, quando ela deixou claro qual tinha sido a lógica que havia guiado a sua abordagem.

A **história** dele estava **muito estranha**, também, não casava as coisas que ele falava. Falou que tinha trabalhado há 10 anos, depois ele falou que estava desempregado, mas aí ele tinha um histórico, de fato, desse trabalho como estivador. Uma história estranha e eu **nem investiguei** porque **me pareceu tão mais urgente as outras questões**, da **adição de drogas**. Ele veio por causa da pressão alta e você vê que **foi por um acaso que eu perguntei e ele foi abrindo, foi abrindo** [referindo-se ao uso de drogas], ele veio trazendo e **tinha cada vez mais coisa**. Você fica assim **ai meu Deus era só resultado de exames para analisar e a pressão alta e agora a gente cai com esse paciente cheio de coisas**, né? **E toda hora interrompem**, e toda hora um paciente. É por isso que eu digo, numa consulta **não dá para você atender os pacientes do PSF em 10 minutos**, não dá! A gente **tem que atender 12 pacientes por turno**, de consulta. Inclusive já até discuti isso com a gerente porque às vezes é **impossível**, não tem como, e **muito contra a lógica do PSF**. Imagine, onde que um paciente desse a gente ia atender em 10 minutos, em 15 minutos? A consulta dele foi muito mais do que isso! Foi longa, mas assim não tem como ser diferente. A gente fazer relatório, ele trazia uma coisa daqui a pouco vinha mais coisas e **quanto mais a gente cavava mais coisas aparecia** e é isso, não dá para você fazer um atendimento e está bom, vamos ver resultado de exame, ah tá aqui ok, anota aqui ah tá bom até mais, tchau. Aí você vê, ele trouxe, **acho que eu consegui entrar na questão da droga porque ele referiu alguma doença, não sei se estava faltando um exame de sorologia**, aí a gente já **“linka” logo**. Pelo que eu me lembro eu solicitei todas as sorologias dele. Aí tem isso, o paciente teve a doença, ele foi tratado e não sabe, mas é porque não é simples, né, desconhece mesmo o que tem.

Ao resgatar a cena, Dra. Lara demonstra lembrar de aspectos da história ocupacional dele, apesar de não ter valorizado no momento da interação com Gerônimo. A partir da sua percepção, os aspectos que contribuíram para o não reconhecimento dele como um usuário-trabalhador estavam relacionados à

importância atribuída para à complexidade do caso, manifestação clínica e comportamentos de risco e, o processo de trabalho da médica.

Conforme demonstrado, no contexto da USF Federação, o aparecer – (re)desaparecer do usuário-trabalhador se dá de forma dinâmica e diversificada. Os dados empíricos produzidos possibilitaram-me identificar disparadores que funcionaram como sinais intermitentes e resultaram na pergunta “*você trabalha/faz o que?*” pelo profissional de saúde. Os desdobramentos a esta pergunta não necessariamente garantiram a permanência do usuário-trabalhador em cena, tendo sido verificado condutas adotadas dentro de um “pacote de ofertas” ainda limitado.

Na forma de “demanda encomendada”, o acender do usuário-trabalhador não requereu nenhum esforço adicional para atendimento ao pedido formulado. Esta foi a condição que mais aproximou o profissional médico das demandas de saúde do trabalhador do usuário, porém, ainda assim, o profissional não avançou no processo investigativo, limitando-se a ofertas mínimas do bloco de ações assistenciais previstas no documento orientador de ST para PNAB.

Pesquisadora: Existe alguma orientação para que vocês preencham o SINAN?

Dra. Lara: Não, até agora ninguém passou nada não.

Pesquisadora: Você tem conhecimento dos agravos de notificação compulsória da Saúde do Trabalhador?

Dra. Lara: Pouco, eu tenho que dar uma estudada ainda. Na faculdade a gente tem uma disciplina, mas é curta também, dura um mês se eu não me engano, de Saúde do Trabalhador. A gente tem essa de medicina do trabalho, mas é bem curto assim, é realmente uma coisa que eu preciso revisar. Mas assim, as demandas foram poucas, sabe? Foram poucas até o momento sobre essas exposições. Esse marceneiro aí eu diria que foi sei lá, talvez o segundo ou terceiro.

Pesquisadora: atuar sobre os determinantes social da saúde é possível, na atenção primária?

Dra. Lara: Eu acho que é muito difícil. Possível pode ser, mas assim, **requer um esforço coletivo que ainda não está sendo posto em prática** não. Olha, questões que são de maior urgência talvez ainda estão assim tão fragilizadas [pausa] a notificação então [pausa]. Essa semana mesmo eu estava discutindo, conversando com a gerente aqui e falando que ela participou de uma reunião que falava sobre as doenças de notificação compulsória e falando, eles reafirmando, como é

subnotificada, que um problema importante e é uma coisa séria que às vezes o profissional esquece, se passa, às vezes nem tem conhecimento que aquilo deve ser notificado, enfim, é um pouco complexo mesmo. (Dra Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista)

Para o trabalhador autônomo, o fato de trabalhar para si mesmo limita o leque de ofertas, pois a compreensão é de que aquele profissional vive do que produz, não sendo possível lhe fornecer um atestado de afastamento do trabalho, como demonstrado anteriormente. Aqui, a abordagem queixa-conduta fica sendo mesmo a única opção.

A relação queixa-conduta é discutida por Justo (2010) como uma abordagem unidimensional de escuta do sofrimento/demanda que representa um esvaziamento das relações estabelecidas e dos *vínculos dialógicos* entre os profissionais e os usuários. Para este autor, a atenção integral, possibilitaria uma oferta de suporte mais eficiente, frente às múltiplas dimensões das demandas de saúde dos usuários atendidos. Porém, o autor reconhece a dificuldade de se ofertar este suporte ampliado em meio a um cenário onde não são oferecidos “*espaços intercessores dialógicos confiáveis e permeáveis à escuta das diversas dimensões que compõem a vida de cada um dos indivíduos e que, conforme o texto legislativo, conformam-se em fatores determinantes e condicionantes à saúde.*” (JUSTO, 2010, p. 143)

O atendimento queixa-conduta na concepção de Sancho, Pfeiffer e Corrêa (2019) traz para o seu centro o “fármaco”, aquilo que será ofertado em troca do diagnóstico realizado, para que a saúde seja possibilitada. Uma concepção médico-centrada que silencia a postura ético-política do profissional médico, restando-lhe, em meio ao silêncio posto, “sustentar as condições de produção de um atendimento queixa-conduta. Ou seja, a redução do diagnóstico a uma nosologia biomédica sustenta a possibilidade de instalação de um atendimento queixa-conduta.” (Sancho, Pfeiffer e Corrêa, 2019, p. 10).

A análise das circunstâncias em que o (não)reconhecimento do usuário-trabalhador foi processado trouxe à cena a abordagem médico centrada, mas, também, outros aspectos que se constituíram enquanto dificultadores, os quais serão abordados na próxima seção.

4.3 DISCUTINDO “BARREIRAS” PARA A EFETIVAÇÃO DA REDE DE CUIDADO DO USUÁRIO-TRABALHADOR NO TERRITÓRIO.

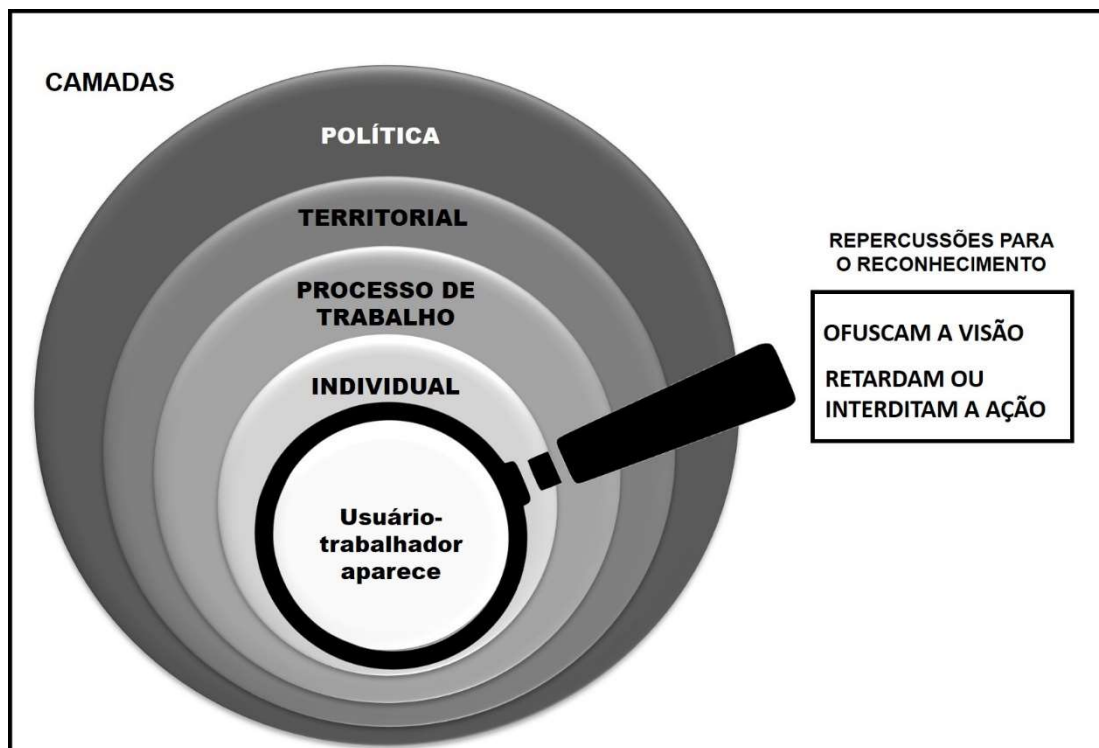
E quanto aos profissionais de saúde, trabalhadores do território da Federação, como garantir a oferta de uma assistência de qualidade aos usuários-trabalhadores, com os baixos investimentos feitos em infraestrutura, recursos materiais e fragilização dos recursos humanos (desvalorização salarial dos profissionais de saúde, não redimensionamento da força de trabalho frente à demanda crescente pela assistência e ao envelhecimento do quadro efetivo sem reposição, por exemplo)? Institui-se uma lógica de mercado que não dialoga com a lógica do cuidado: aumento da exigência de produtividade (número de atendimentos e/ou procedimentos) às custas de uma força de trabalho reduzida e fragilizada.

Em que medida, as circunstâncias identificadas por meio desta pesquisa se constituem enquanto “barreiras” para o reconhecimento do usuário-trabalhador, das demandas de saúde relacionadas ao trabalho e/ou limitam a atuação dos profissionais da USF Federação na produção e ordenação do seu cuidado integral?

A palavra “barreira” traz em si a ideia estanca de obstáculo, algo que se “põe entre”, que impede a passagem (compromete a visão) de um lado para outro. Analisando as circunstâncias em que as interações entre os usuários e os profissionais se deram e, ampliando a compreensão das cenas para além do que estava sendo explicitado (no ato), verifiquei que o reconhecimento do usuário-trabalhador pode ser comprometido em diferentes gradientes (proporções): podem dificultar, atrapalhar ou mesmo impedi-lo. É, pois, na intenção de demonstrar que a discussão aqui proposta não se limitará a uma ideia estanca que optei por aspear a palavra “barreiras”.

Neste sentido, apresento uma primeira sistematização acerca dos dados empíricos produzidos no curso da pesquisa com um nível inicial de discussão, a qual reconheço requerer maior aprofundamento analítico. Na Figura 3¹¹ está representada a minha compreensão sobre os aspectos dispostos em diferentes camadas, sobrepostas, que atuam de forma dinâmica e até mesmo sinérgica, comprometendo o reconhecimento do usuário-trabalhador em diferentes gradientes: **ofuscam a visão do profissional de saúde; retardam o desenvolvimento de ação; ou interditam a comunicação.**

Figura 3 - representação da sobreposição de camadas e diferentes repercussões para o reconhecimento do usuário-trabalhador.

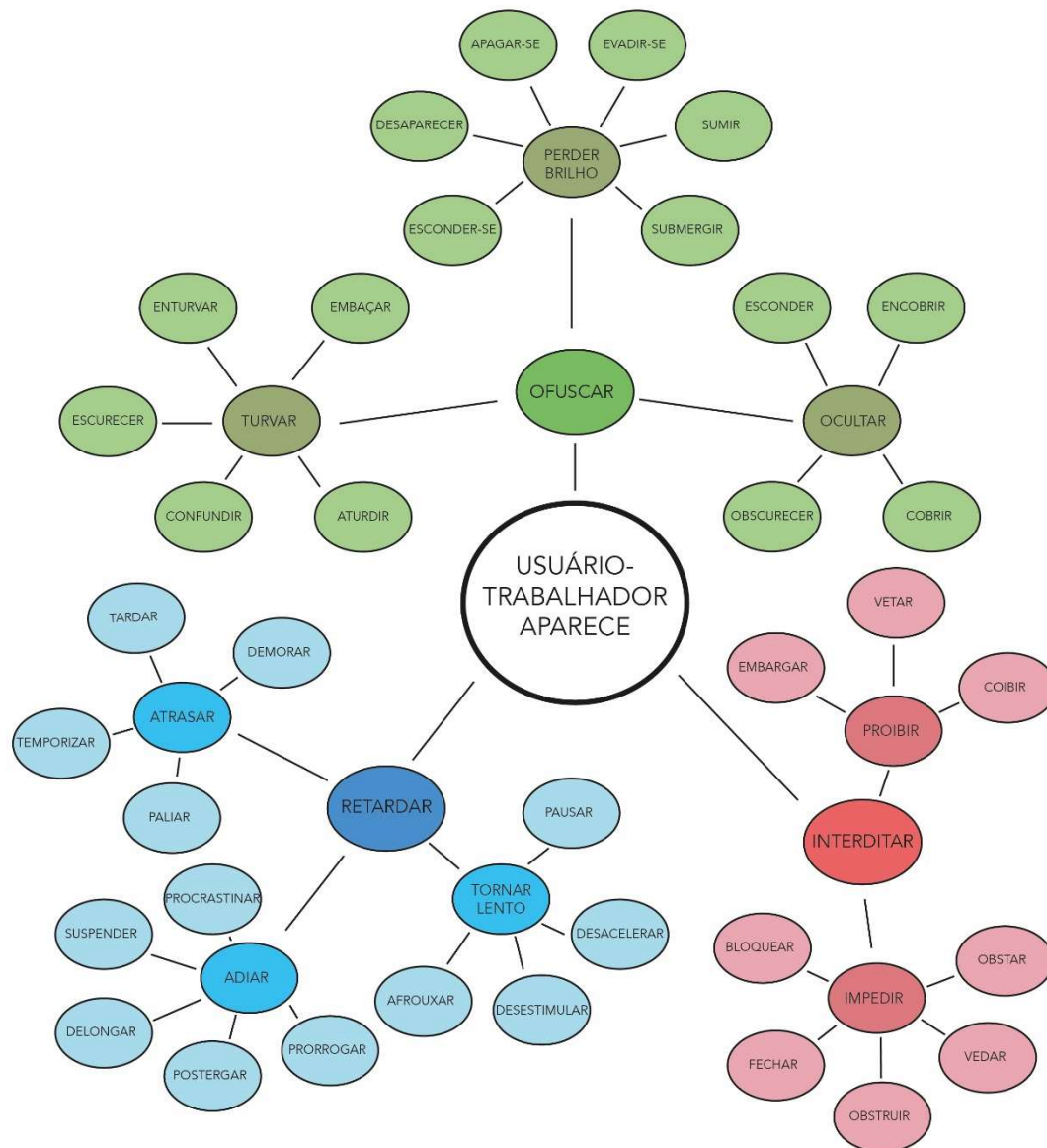


¹¹ As camadas foram definidas a partir das circunstâncias observadas e compreendidas no processo analítico sobre o reconhecimento (aparecer) do usuário-trabalhador no contexto da interação com os profissionais de saúde, na USF Federação. Esta imagem visa representar este "aparecer" como resultado das interrelações percebidas entre aspectos das decisões políticas e administrativas no contexto nacional, municipal e da gestão da USF Federação (Política); das características sociais e demográficas do território (Territorial); das condições do ambiente e processo de trabalho dos profissionais de saúde (Trabalho Real); das expectativas dos usuários e das competências dos profissionais de saúde (Individual).

Ofuscam a visão do profissional de saúde quando deixam a “lente **turva**”, **ocultam** ou contribuem para que o “vagalume” **perca seu brilho**, como nas cenas em que o usuário-trabalhador apareceu e, rapidamente, desapareceu no contexto da interação com o profissional. **Retardaram** a identificação do usuário-trabalhador e adoção de medidas quando dificultam o acesso, ou melhor, a interação do usuário com o profissional e, conseqüentemente, **atrasam**, **adiam** ou **dão lentidão** ao reconhecimento e à prestação do cuidado. Por fim, os aspectos que **interditaram** a ação foram aqueles que, de fato, **impediram** o reconhecimento do usuário-trabalhador, estando aqui representada uma “barreira completa”.

Para discussão da dinâmica entre os aspectos identificados nas diversas camadas, as interrelações estabelecidas e diferentes repercussões no “aparecer” do usuário-trabalhador, recorri à ideia de ‘redes de perspectivas’ (BYRON GOOD *apud* LIMA, 2005), aqui considerada enquanto uma perspectiva centrada no sentido atribuído às palavras que emergiram no processo interpretativo das repercussões das “barreiras” para o reconhecimento do texto produzido por meio dos dados empíricos (Figura 4).

Figura 4 - rede de sentidos das repercussões para o reconhecimento do usuário-trabalhador.



Dentre os desafios para a integração da ST com a APS, no que diz respeito à identificação do usuário-trabalhador e das demandas de saúde relacionadas ao trabalho, tem-se atribuído ênfase especial a características da formação dos profissionais de saúde, notadamente médicos e enfermeiros (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013). Uma formação ainda influenciada pelo modelo biomédico, assistencialista, que termina por reforçar uma abordagem dicotômica, do tipo queixa-conduta, uma vez que não se preocupa em levantar informações acerca do trabalho do usuário: *“o que faz? Como faz? Que produtos e instrumentos utiliza? Em que*

condições executa o trabalho? Há quanto tempo? Em que ritmo? Quais as exigências de produtividade?” (DIAS; LACERDA e SILVA, 2013, p. 32).

É como se, para estes profissionais, as demandas de saúde que são acolhidas e acompanhadas no contexto da APS, como a hipertensão e a diabetes, fossem demandas “ *muito dissociadas ainda da questão da saúde do trabalhador [...]* ” (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista coletiva), reiterando a minha compreensão de que o usuário adulto e o usuário-trabalhadores são percebidos no contexto da USF Federação como pertencentes a categorias diferentes, contribuindo para que o usuário-trabalhador seja **ocultado**, ou a ação para o seu reconhecimento seja **atrasada** ou **impedida**.

[...] acho que perde um pouco o filtro, que seria: essa pessoa também precisa dos outros cuidados todos e aí, **quando vai para os outros cuidados parece que se perde o trabalho**. E aí, parece que o **sujeito** [usuário] **fica na dicotomia**, não é uma coisa e nem é outra. (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista coletiva).

Não é integral! (Milena, Fisioterapeuta do NASF-AB, entrevista coletiva).

Fica como se fosse **duas coisas**. Acho que você deixa de ser uma coisa [usuário adulto com hipertensão, diabetes] e vira uma outra [usuário trabalhador]. Depois você passa a ser uma [usuário trabalhador] e não é mais a outra [usuário adulto com hipertensão, diabetes]. (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista coletiva).

Mas, seria a formação biomédica dos profissionais de saúde a grande responsável pelo desaparecer do usuário-trabalhador no contexto dos atendimentos? Em caso afirmativo, a revisão dos projetos político-pedagógicos dos cursos de formação na área de saúde e, a implementação de um processo de educação permanente das eSF, orientado pela tônica da relação saúde-trabalho-meio ambiente, dariam conta de trazer o usuário-trabalhador à cena da interação?

Na minha compreensão, a resposta para ambas as questões levantadas é não. Concordo em dizer que este é um desafio disposto numa camada mais visível aos nossos olhos. Reconhecê-lo na sua importância é necessário, porém se faz insuficiente caso os aspectos dispostos nas demais camadas não sejam, também, considerados, tendo-se em vista amenizá-los, neutralizá-los ou eliminá-los, para que

a visão do profissional não fique **turva** e o usuário-trabalhador se manifeste **sem perder brilho, sem lentidão** e nem **proibições ou interdições**.

Numa camada mais externa, que denominei de política, uma série de decisões e artifícios têm comprometido a efetivação da APS integral no contexto brasileiro (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Aqui, deter-me-ei às contribuições analíticas destes autores citados à versão revisada da PNAB (BRASIL, 2017), a qual foi aprovada pouco antes do início desta pesquisa e cujos impactos puderam ser observados no contexto da USF Federação.

O texto orientador da implantação da PNAB, apesar de assumido como alinhado à concepção de saúde ampliada e princípios do SUS, trouxe possibilidades para que os gestores municipais decidissem pela ampliação da cobertura da APS por meio da descaracterização da ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Deste modo, unidades básicas de saúde (UBS), compostas por equipes mínimas (médico, enfermeiro e odontólogo), a critério do gestor, passaram a ser inauguradas com o discurso de ampliação da cobertura para a população.

No município de Salvador, UBS foram inauguradas com essas estruturas mínimas, tendo sido contratados médicos, enfermeiros e odontólogos. Contratos de trabalho precários, com flexibilização de carga horária legitimada pela nova versão PNAB e, também, com redistribuição de profissionais do quadro permanente. Para completar, a ampliação da abrangência territorial da ESF foi motivada pela mudança na delimitação das microáreas de atuação, saindo de uma lógica de cadastramento de 150 famílias (domicílios) para 750 indivíduos, por ACS.

Uma orientação política, nacional, que repercutiu no âmbito municipal e local, da USF Federação, revelando aspectos negativos nas demais camadas, **reduzindo o brilho, adiando** ou **interditando** o aparecer do usuário-trabalhador na interação com o profissional de saúde.

A ampliação da área de atuação dos ACS, em um território com as características geográficas já descritas, se deu sob a pressão de tempo e “ameaças” para alcance do número (meta) de indivíduos cadastrados: *“tinham várias ameaças [demissão ou transferência para outra unidade] para quem não chegava no número”* (Marta, ACS da equipe Orquídeas, entrevista); *“ontem no curso disseram que uma*

equipe do Garcia vai ter que sair.” (Morena, ACS da equipe Cravo, Diário de campo - 19/04/18); *“Já ouvimos vários boatos, mas a orientação nacional diz que **fica a critério do gestor.**”* (Adriana, enfermeira da equipe Cravo, Diário de campo – 19/04/18). “[...] pelas conversas, foi aprovado em portaria municipal definindo um número aceitável de 575 usuários por ACS e que, havia ameaças de que as equipes que não alcançassem este número seriam transferidas ou dissolvidas. (Reunião da equipe Cravo, Diário de campo – 19/04/18).

Como consequência do remapeamento das microáreas houve intensificação do processo de trabalho dos profissionais, notadamente, dos ACS. Estes que têm sido profissionais importantes para o cuidado integral dos usuários-trabalhadores ao cadastrarem e produzirem informações sobre seu perfil sociodemográfico; identificação do trabalho domiciliar e peridomiciliar; e, dos seus fatores de risco e exposição (LACERDA E SILVA et al, 2011).

*“[...] fica muito difícil porque para visitar pessoas assim eu acho que **perde um pouco a qualidade porque tem que ser assim corrido. Precisa de números. Quem quer número não quer qualidade, quer quantidade. Então, é muito complicado.**”* (Morena, ACS da equipe Cravo, entrevista).

A fala de Morena, aqui retomada, toca no ponto central desta discussão: as repercussões destas decisões e de seus desdobramentos para o reconhecimento do usuário-trabalhador no território. Como focar nos determinantes sociais (trabalho/desemprego) e nos problemas de saúde relacionados ao trabalho dos usuários cadastrados quando as exigências e a avaliação de desempenho do profissional estão embasadas na meta numérica? E, o pior, metas estabelecidas sem terem sido consideradas as características geográficas do território de atuação, repleto de becos, ladeiras mal pavimentadas e escadarias, casas germinadas e ruas sitiadas pelo tráfico de drogas.

Ainda que este profissional tivesse um olhar sensibilizado e orientado para produção de informações relacionadas à ocupação e condições de trabalho do usuário, o aparecer do usuário-trabalhador estaria comprometido devido a pressão pelo alcance da meta; ampliação das distâncias diárias percorridas em território acidentado (e “desconhecido”); e, o desafio posto de estabelecer novos vínculos.

A exigência numérica (sob ameaça) associada à implantação da tecnologia do cadastramento com o tablet implicou em perda na qualidade dos dados produzidos, notadamente os relacionados ao reconhecimento dos usuários-trabalhadores e processos produtivos do território. Conforme constatei, o campo “ocupação” da ficha, que não era de preenchimento obrigatório, passou a ser negligenciado pelos ACS representando um **obstáculo** para a ação de reconhecimento do usuário-trabalhador.

Em condições adversas como as acima referidas, optam por garantir o preenchimento dos campos obrigatórios e computar mais um número a seu favor a ter que desenvolver um diálogo para saber se o usuário trabalha, que atividade realiza, como, onde e em que condições. Afinal, será pelo número que ele será cobrado.

O primeiro ponto da “rede interna” da USF Federação para o reconhecimento do usuário trabalhador fica **afrouxado** ou **obstruído**, por conta da **lente embaçada** que os ACS foram induzidos/obrigados a usar. Uma vez não identificado o trabalhador e nem a sua demanda de saúde no ato da interação com o profissional no seu domicílio, a abordagem preventiva e de promoção da saúde também se perde. Reforça-se, deste modo, a procura pelo serviço condicionada ao surgimento ou agravamento de uma demanda de saúde.

Outros aspectos relacionados ao recadastramento que comprometeram o trabalho dos profissionais e se constituíram como um grande **obstáculo** para a identificação do usuário-trabalhador foi a dificuldade de encontrar, no domicílio, moradores que trabalham fora no momento da visita do ACS e, também, muitos usuários sem o cartão SUS, condição para o cadastramento.

Deste modo, a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população ficou **interditada** e, a possibilidade de integração de ações da AB com a Visau (BRASIL, 2018b), comprometida. Um sinal de que naquele contexto a atuação assistencialista sobrepõe-se à responsabilidade sanitária, na perspectiva do reconhecimento e enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da população adscrita relacionados ao trabalho. As distorções destes processos na proposta do modelo de atenção da APS e seus impactos na organização do trabalho dos profissionais de saúde foram ratificados na entrevista com a enfermeira da equipe Orquídeas:

Então assim, **a gente está aqui e a gente não está**, entendeu? A gente **não conhece tão bem assim o nosso território**. A gente está aqui, tem outras questões e aí a gente se questiona: **será mesmo que a gente está fazendo a parte preventiva? Ou não, está só aqui nessas quatro paredes** [gesticula e aponta para as paredes do consultório] **só tratando, e tratando, e tratando e tratando?** Toda essa questão da prevenção, da gente buscar mais parcerias com outros setores e **às vezes a gente também nem tem como avançar mais**. [...] Então, diversas situações também que ainda tem **vários entraves**, que às vezes **a gente não consegue avançar**. [...] Na prática **a gente tem muitos entraves** ainda. (Beatriz, enfermeira da equipe Orquídeas, entrevista)

A ampliação da área de cobertura dos ACS trouxe consigo a perda de vínculos previamente estabelecidos, estes que são disparadores para o aparecimento do usuário-trabalhador no contexto dos atendimentos na USF Federação, como demonstrado na seção anterior. A falta de conhecimento e informações acerca do indivíduo, sua condição de moradia, seu contexto familiar, coloca os profissionais diante de um repertório limitado que podem comprometer a sua **visibilidade** diante do usuário-trabalhador.

A abordagem do profissional de saúde nos espaços de interação definidos neste estudo para observação, revelou que no acolhimento, quando estão escalados para atendimento de demanda aberta, os profissionais tendem a ofertar uma abordagem mais diferenciada, justamente, por causa do vínculo previamente estabelecido. Nestes atendimentos, o profissional resgata informações sobre a história de vida, família e, sobre o próprio cuidado à saúde, aqui caracterizado o benefício da longitudinalidade. Já o acolhimento de usuários não conhecidos, tenderam a ser mais rápidos e direcionados ao pedido formulado.

Nas consultas programadas, o vínculo estabelecido favorecia o cuidado longitudinal e a abordagem do profissional, mas as demandas de saúde física e mental e as questões sociais é que guiavam os atendimentos. Aqui vale lembrar que os atendimentos de demanda aberta e agendadas acontecem numa dinâmica conturbada, fazendo parte da rotina dos profissionais as constantes interrupções que comprometem a linha de raciocínio do profissional, causam irritabilidade e, também, intensificam o seu trabalho para dar conta da produtividade do turno de trabalho. Aqui arrisco-me a inferir que a abordagem biomédica ganha aqui um reforço, **embaçando**

ainda mais a lente do profissional e contribuindo para **adiar** ou mesmo **impedir** o aparecer do usuário-trabalhador.

Como abordado na seção anterior, ainda que focada na queixa do usuário, existem disparadores que podem despertar o interesse do profissional de perguntar “*você trabalha?*” ou “*o que você faz?*”, ou seja, a abordagem queixa-conduta não impediu o aparecer do usuário-trabalhador, tendo sido observadas diferentes situações:

1. O usuário-trabalhador apareceu e, prontamente desapareceu, sendo o foco do profissional direcionado para o sintoma. O pedido formulado pelo usuário **ofuscou** a visão do profissional, deixou-a **turva** ou fez o usuário-trabalhador **perder brilho**.
2. O usuário-trabalhador apareceu e a conduta do profissional incluiu algum tipo de orientação (conselho) e prescrição tendo em vista a remissão do sintoma como uma forma de reduzir o desconforto.

Em outros casos, como no da cozinheira com úlcera infectada no tornozelo, a abordagem queixa-conduta, apesar de precisa para o diagnóstico e intervenção medicamentosa, **interditou** a ação da enfermeira, **impedindo-a** de perceber que estava diante de uma cozinheira e, **obstruiu** a sua visão para os aspectos do trabalho daquela mulher que poderiam comprometer a sua recuperação e agravar o quadro infeccioso.

A valorização dos usuários a uma abordagem do tipo queixa-conduta, que atenda o pedido formulado, pode contribuir para **retardar** a ação no sentido do seu reconhecimento enquanto usuário-trabalhador, quando este recorre ao profissional num “grau avançado da doença” ou é encaminhado tardiamente (após um “*gap*”) para acompanhamento com a equipe da USF Federação.

[...] o paciente **chega aqui já com um grau avançado da doença**, chega aqui já **com complicações importantes**. Por exemplo, diabetes, paciente já chega com perda de sensibilidade, perdas motoras **e aí tem a questão também da falta de suporte social**, que às vezes é muito frágil.” (Lara, médica da equipe Orquídeas, entrevista).

A gente já recebe **muitos casos de pessoas com comprometimento**, quando o caso [com demanda de saúde do trabalhador] vem. Ou por uma limitação ocupacional muito importante,

por algum motivo, por alguma doença, ou por ser cuidador do outro, pelo papel mesmo de cuidador. Dentre as patologias ou as condições que chegam e limitam as atividades, muitas de saúde mental. [...] Eu percebo que **a gente já recebe na ausência do trabalho, já abandonou o trabalho, que é também quando as coisas chegam.** A gente percebe que **tem um gap aí até chegar aqui.** Já aconteceu, por exemplo, de eu identificar um problema ocupacional conversando porque era a mãe de uma paciente que eu atendia lá no Garcia. A paciente tem transtorno mental, sofreu uma violência e eu fui fazer a visita dela em casa. A mãe começou a falar que **estava com muitas dores e ela era camareira. Eu falei para ela ir atrás disso na unidade, fiquei no pé até que ela marcou** [consulta com médico da USF Federação] **e faltou.** E dito e feito, hoje ela **está aí incapacitada, foi demitida e estão correndo atrás de comprovação.** [...] Então, os nossos **pacientes mais complexos não são trabalhadores porque a doença já limitou profundamente.** (Clara, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista).

A dinâmica interação (causa e consequência) entre a “barreira” que fez a camareira **temporizar, procrastinar, postergar** o reconhecimento do seu problema de saúde relacionado ao trabalho e, aquela que **embargou** o seu reconhecimento quando *“a doença já limitou profundamente”* (condição de incapacidade para o trabalho). Neste aspecto, a visão biomédica **interditou** o reconhecimento do usuário-trabalhador ao admitir que a incapacidade modificou a condição do adulto, sentenciando-o como um “não trabalhador”. Conforme definido pela PNST, o adulto desempregado também é um trabalhador.

Arrisco-me a inferir que aspectos da vida daquela mulher (que tem uma filha com transtorno mental, que trabalha como camareira, cuja dor ainda não lhe paralisou); do processo de trabalho dos profissionais de saúde da eSF (como, critério de visita domiciliar apenas para acamados ou apenas um turno de trabalho no território, fora da USF); do território (distância domicílio-USF Federação); de decisões políticas (precarização das relações trabalho, reforma trabalhista, por exemplo) também, contribuíram para **retardar** e/ou **impedir** o seu aparecer, enquanto usuária-trabalhadora, para o profissional da equipe de saúde.

Para a profissional do NASF-AB, uma terapeuta ocupacional, cuja formação traz em si elementos para uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença-atividade humana (trabalho), a usuária-trabalhadora se fez aparecer durante visita domiciliar. Este fato demonstra a importância da ampliação dos núcleos de saber

promovida pelo NASF-AB, contribuindo para acelerar ou possibilitar o reconhecimento do usuário-trabalhador e sua condição de saúde relacionada à situação no mercado de trabalho (empregado, desempregado ou aposentado). A percepção das profissionais sobre como se dá o reconhecimento do usuário-trabalhador reforça os aspectos que **ofuscam** a visão do ACS e que **retardam** a sua ação, ficando na dependência da equipe do NASF-AB para que a ação ampliada aconteça.

Milena: **o reconhecimento** é que tem aqui uma **pessoa** na minha área que tem **dor no ombro**, que não está conseguindo fazer as coisas dentro de casa e que está demandando fisioterapia.

Flora: **é, pela sequela, pelo sintoma.**

Milena: chega pelo ACS normalmente assim. Aí a gente **depois, quando procura entender por que essa dor no ombro, o que faz no dia-a-dia, com o que trabalha?**

Flora: **quando a gente filtra, entende?**

Milena: e **aí, faz uma relação com o trabalho e começa a investigar:** está afastado, contribui com o INSS, é formal, informal?

Flora: às vezes chega assim [demanda do ACS para Terapeuta Ocupacional do NASF-AB]: “oh, Flora, **ele está deprimido porque não está trabalhando** [usuário desempregado], perdeu o emprego”. Ou, então, “**essa pessoa se aposentou e deprimiu.**”

Milena: **às vezes chega assim** [demanda do ACS para Fisioterapeuta do NASF-AB]: “**essa pessoa tem dor lombar porque ela trabalha como doméstica.** E, assim, no dia-a-dia ela faz muitos movimentos, está com dor lombar e precisa de alguma orientação.”. **Mas, são bem poucos filtros e, se eu for perguntar** [para o ACS] qual é a relação de trabalho que esta pessoa tem como doméstica, se tem carteira assinada, se faz faxina, como é que faz, **não sabe** [o ACS] **dizer esses detalhes mais aprofundados do trabalho**, em si, para fazer a relação com a demanda de saúde.

(Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta do NASF-AB, entrevista coletiva).

Importante ressaltar que, na abordagem queixa-conduta, há de um lado, um pedido feito pelo usuário adulto, que reconhece o profissional de saúde (mais precisamente o médico) como aquele quem irá resolver (reconhecer, atestar, tratar, curar) o seu problema; e, do outro lado, um profissional com capacidade técnica para realizar diagnósticos de saúde e prescrever terapia medicamentosa.

Pesquisadora: quais foram os principais **motivos/necessidades que fizeram a senhora buscar atendimento** aqui nessa Unidade da Federação?

Valmira: **Consulta, passar pelo médico, pegar medicação, consulta com dentista** também, já fiz tratamento dentário aqui,

consulta e medicação que **às vezes eles me dão receitas em outros postos e eu não consigo, aí venho aqui e pego.**

Pesquisador: E esses remédios que geralmente a senhora pega são para que?

Valmira: Para asma, para alergia e geralmente para dor, porque eu não tomo todo tipo de remédio por causa de minha alergia, aí eu não tenho condições de comprar e tenho que pegar nos postos mesmo. (Valmira, usuária-trabalhadora, entrevista)

Imerso em um contexto onde a violência está presente no território e nas relações estabelecidas, o profissional espera e esforça-se para atender aos pedidos realizados de acordo com o “pacote de ofertas” que tem disponível e evita (teme), ao máximo, frustrar o usuário nas suas expectativas. Poderíamos pensar, então, que a abordagem queixa-conduta, diretamente relacionada com a formação biomédica dos profissionais de saúde, é reforçada pelo seu medo de sofrer represálias caso não atenda ao pedido realizado pelo usuário?

Em vários momentos de observação das reuniões de equipe foram reveladas situações de tentativa de intimidação e ameaças que os profissionais sofrem no dia a dia, ficando claro para mim que há um clima tenso e de insegurança permeando as relações estabelecidas e o imaginário dos profissionais de saúde. Deste modo, focam no atendimento do pedido (queixa), o qual, não estando relacionado ao trabalho, facilmente contribuirá para que o reconhecimento do usuário-trabalhador seja **coibido.**

O dia que ela chega aqui ela fecha tudo, não adianta enfrentar. **Ela é uma situação de risco para a gente aqui na unidade,** principalmente para quem não sabe o caso dela. **Não pode dar testa, tem que dar o que ela quer.** [...] Já mandou recado **ameaçando quebrar a cara da enfermeira** se ela aparecer na casa dela. (Enfermeira da equipe Orquídeas, Reunião com o NASF, diário de campo 26/09/18).

Seria o atendimento estrito do pedido um mecanismo de defesa adotado pelos profissionais frente à falta de segurança e respaldo institucional diante das ameaças sofridas no cotidiano de trabalho? Partindo desta perspectiva, seria mesmo possível para o profissional abordar o problema de forma ampliada, considerando a relação saúde-ambiente-trabalho, sabendo que não há uma rede de apoio para garantia da coordenação do cuidado?

Aqui cabe retomar o que foi apontado na seção anterior, o clima de medo também era reflexo de uma gestão da força de trabalho marcada pela intensificação da tarefa “sob ameaças”, com aumento de controle sobre o profissional imposto pelo monitoramento via GPS dos ACS ao adentrar cada domicílio.

Conforme verifiquei, não são produzidos relatórios com as informações coletadas pelos ACS e nem pelos profissionais de saúde, com o propósito de orientar uma análise para planejamento de ações e coordenação do cuidado, o que estaria alinhado com o que preconiza a PNAB (2017), a PNST (2012) e o Guia PNAB para integração AB com a Visau (2018). No entanto, sempre que os números parecem insuficientes, são passados do DS para a gerência da USF Federação, desta para os enfermeiros e, destes, para a eSF, como forma de cobrança para melhorar a produtividade - mais um aspecto que foi verificado como responsável pela aceleração do ritmo do atendimento em detrimento do **obstar, temporizar** ou **desaparecer** do usuário-trabalhador.

Ao que me pareceu, existem omissões por parte da gestão municipal no que diz respeito à sua atribuição de estruturar a RAS que será responsável pelo cuidado integral dos usuários, recaindo sobre os profissionais do NASF-AB esta atribuição.

Essa coisa de rede é interessante. **Uma coisa é você ter a rede e, você construir, realmente, não é ter somente o acesso ao encaminhamento. São vínculos e relações estabelecidas** que aí você pode ter esse fluxo e contrafluxo [...]. E outra coisa é essa **suposta rede que seria só esse encaminhamento** ao qual você faz. [...] e **poder fazer isso é muito legal, porque ajuda a criar o vínculo com a equipe, a equipe poder ter confiança, também na atenção básica, de entender que, se o território [equipe da APS] está buscando é porque para eles [profissionais da APS] já está um processo de difícil cuidado. Às vezes quando você só encaminha, passa aquela impressão de que está empurrando dá aquela impressão de “poxa, só está jogando, não é?” [delegando].** E aí, traz um outro nível de relação. Como as relações de saúde mental [com o Caps] ficaram instituídas, deu para entender que realmente **efetivou-se ali uma rede e as pessoas entendem que todos estão ali pelo cuidado daquele sujeito. É diferente de você fazer só o encaminhamento.** (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista coletiva)

A percepção de Flora acerca da estruturação da RAS nos traz pistas para o investimento em **tecer a rede do cuidado ao usuário-trabalhador no território,**

demonstrando a importância de identificarmos os “pontos da rede”, chegarmos perto, construirmos consensos, realizarmos pactuações, abriremos caminhos para um diálogo horizontalizado, estabelecermos vínculo, aspectos indispensáveis para constituição de uma rede com pontos fortes e interconectados.

Apesar de os profissionais do NASF-AB reconhecerem a importância da aproximação “corpo a corpo”, fica a impressão de que o envolvimento destes profissionais para o estabelecimento da rede e seus fluxos de referência e contrarreferência, partindo do zero, compromete o seu tempo de dedicação ao apoio às equipes de SF, o que pode implicar em suspensão ou obstrução do reconhecimento do usuário-trabalhador. Esforçam-se para identificar, de forma autônoma, outros pontos de apoio da rede para o estabelecimento dos fluxos de referência. A rede estabelecida fica, pois, limitada à sua rede de contatos ou disponibilidade para percorrer o território, “batendo de porta em porta”.

A gente já fez visita no HUPES [Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos] para ir naqueles ambulatórios e **ver como é o encaminhamento para cada coisa. Porque lá são um monte de caixinhas, não tem uma recepção geral que possa falar sobre o funcionamento de tudo. Você tem que ir em cada setor, cada um tem um critério diferente do outro.** [...] aí fomos no HUPES **batendo de porta em porta para ver se alguém se interessava.** Via com o interno que estava aqui, se podia falar com o professor [...]. E, assim, a gente vai **tentando abrir as portas. Saúde do trabalhador a gente nunca viu.** (Clara, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista).

Um dos nossos processos de trabalho que **a gente levou um bom tempo fazendo** [a construção da rede, batendo de porta em porta], **porque a gente tem esse acompanhamento longitudinal do usuário, mas quando a gente chegou aqui não sabia para onde encaminhar.** Então, **a gente ficou um tempão,** cada categoria do NASF, **mapeando todas as possibilidades de encaminhamento para a rede,** registrando o telefone, o horário de funcionamento, documentos necessários. A gente fez um material impresso para a gente ter acesso e saber para onde encaminhar o usuário, mais dentro do nosso distrito, mais territorializado, embora, também tivesse algumas instituições mais longe. [...] O **Cepred** e eu acho que **a gente acabou de alguma forma conhecendo mais porque Flora trabalhou lá um tempo.** Acho que **a gente entende mais das redes que a gente está mais próxima, que a gente tem alguém que a gente consegue fazer uma ponte.** (Milena, Fisioterapeuta do NASF-AB, entrevista coletiva).

[...] as redes que são, inclusive, a avaliação toda do território, de mapeamento para lazer, toda essa parte de entretenimento, tudo nós que fizemos. O Garcia, mesmo, a gente andou vendo instituição religiosa, instituição de lazer, quais práticas de esporte, quais

atividades, cursos, artesanato, toda questão cultural, a gente foi **batendo de porta em porta**. (Flora, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, entrevista coletiva).

Conforme compreendi, esta entrevista coletiva revelou sobreposições das camadas em que foi possível perceber uma influência de aspectos relacionados ao modo como as profissionais compreendem o processo saúde-doença-trabalho; e, à forma como a RAS está sendo organizada, sem suporte do distrito sanitário, retardando o processo de identificação e articulação com cada ponto para estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência.

No contexto desta pesquisa, ainda não há uma RAS estruturada que possa dar conta das demandas de saúde do trabalhador da forma como orienta a PNST. “A gente não dá conta, a gente é atenção básica e **nossa rede está totalmente fragilizada**.” (Enfermeira da equipe Orquídeas, Diário de campo – 26/09/18). “A gente nunca teve uma reunião com o **Cerest** para discutir um caso, nunca se apresentaram para a unidade. Então, é **uma coisa distante, apesar de achar que o Cerest é como nossa referência**, que a gente pode ligar e está na rede, mas hoje não é próximo da gente.” (Francisco, enfermeiro da equipe Lírio, entrevista).

O desaparecer do usuário-trabalhador é, também, resultado do distanciamento entre os profissionais da eSF e do NASF-AB com a área técnica da Visat, materializada no papel do Cerest regional. A distância e “marginalidade” deste centro, “invisibilizado” no contexto da USF Federação, foi atestada pelos profissionais. Apesar deste centro estar localizado no mesmo distrito sanitário da unidade, não fazia parte da RAS que estava sendo tecida por aqueles profissionais. Estaria aqui representada uma invisibilidade recíproca? A USF Federação não aparece para o Cerest, assim como o Cerest não aparece para a USF Federação.

[...] **E quando tem essa questão da associação com o trabalho**, eles [os profissionais] encaminham para os centros de reabilitação física e não é nem um centro de reabilitação em saúde do trabalhador. Porque **esta ponte eu nunca vi**. [...]. Eu acho que **a gente aqui não sabe como encaminhar e como fazer esta ponte com o Cerest** [...]. Acho que falta, também, esse fator de conhecimento da equipe daqui, incluindo o NASF, de fazer essa ponte com o Cerest. Acho que quando tem [o usuário-trabalhador] um vínculo formal, vai muito para assistência social, INSS, a questão da aposentadoria, auxílio doença. E, quando tem uma parte física, vai para o Cepred, vai para o IBR, vai para outros centros. E, **o Cerest fica aí no limbo**,

entre o formal e o informal, a parte de benefício e a parte da reabilitação física. (Milena, Fisioterapeuta do NASF-AB, entrevista coletiva).

A PNST orienta a atuação do Cerest enquanto retaguarda técnica especializada para a APS e demais instâncias da RAS, a fim de favorecer o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. Para tanto, deve contribuir para o desenvolvimento de ações assistenciais e de Visat, além da construção conjunta “de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede.” (BRASIL, 2012a). Porém, ao que foi demonstrado, este ainda é um ponto da rede invisibilizado e desconhecido.

É de meu conhecimento que o Cerest regional, apesar de ser um órgão do SUS já com redefinição de atribuições instituídas pela portaria (BRASIL, 2012a), tem atuado expressivamente no atendimento de demanda aberta de trabalhadores com vínculo formal de emprego, notadamente bancários. Quanto às ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, a equipe técnica reduzida é exaustivamente demandada a responder a demandas do Ministério Público do Trabalho (MPT) para avaliação de condicionantes de termos de ajustamento de conduta. Ou seja, apesar de ser um órgão da Vigilância à Saúde, também tem atuado numa lógica de “apagar fogo” em detrimento da atuação com base em informações de saúde.

Conforme adverte Vasconcellos (2018) não cabe ao MPT dar o direcionamento das ações dos Cerest por meio de suas demandas, mas sim o Cerest, fundamentado em dados que demonstrem relevância epidemiológica, convocar este órgão para reforça suas ações de Visat. Como justifica este autor, faz-se necessária a “*Tomada de decisão para qualidade da ação.*” dos Cerest. (VASCONCELLOS, 2018, p. 5).

O cenário desta pesquisa revelou, de um lado, uma USF com cinco eSf impactadas com condições adversas a nível de político, territorial, de intensificação dos processos de trabalho, com formação biomédica e que apresenta sinais de adoecimento físico e mental. Deste lado, está sendo esperado o levantamento e análise de informações de saúde, sociodemográficas e do perfil produtivo do território, para planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho. Porém, estas equipes são confrontadas por um apelo à

abordagem ambulatorial, altamente demandas para realizar procedimentos assistencialistas, sob pressão da gestão e do usuário. Do outro lado da rede, o Cerest, também enfraquecido na sua força de trabalho frente à complexidade e diversidades de demandas que batem à sua porta, “esperando” ser demandada para atuar como retaguarda técnica.

Neste sentido, acredito ter sido possível demonstrar que, ao focarmos na questão da formação profissional, *per si*, corremos o risco de “simplificar” o desafio posto ao perdermos de vista uma série de outros fatores, dispostos nas diferentes camadas, que terminam por reforçar a abordagem do tipo queixa-conduta na USF Federação e a desarticulação desta rede de cuidado ao usuário-trabalhador do SUS. Desafios estes que precisam ser pautados para orientar a adoção de estratégias que possam contribuir para uma integração, efetiva, das ações de Visat na APS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imersão na USF Federação trouxe à cena vários aspectos relacionados ao aparecer / (desaparecer dos usuários-trabalhadores nos espaços de interação. Por meio de um processo interpretativo-compreensivo, foi possível perceber aspectos daquele contexto de trabalho que estão relacionados a este (não)reconhecimento. O aparecer esteve relacionado a uma demanda qualificada do usuário, um pedido formalizado; ou, a aspectos que, no contexto da interação, constituíram-se como disparadores para perguntas sobre: você trabalha? O que você faz? Há quanto tempo? Porém, ainda que aparecendo, o pacote de ofertas disponível naquele contexto limitou as possibilidades de abordagem do profissional, que se restringiu a condutas clínicas individualizadas.

Quanto ao desaparecer, aspectos relacionados a decisões em nível de gestão sobre o remapeamento (numérico) da população adscrita; a rotatividade da gerência da USF; as características geográficas do território; os processos de trabalho burocratizado e intensificados; cobranças de metas e ameaças; tensionamentos, violência e insegurança no trabalho; o valorização da abordagem assistencialista pelo usuário e, formação profissional sob influência biomédica foram aspectos que se sobrepuseram resultando no não reconhecimento do usuário-trabalhador.

Gradativamente, a exposição descritiva das cenas trouxe para o discurso escrito, os elementos contextuais do cenário em que foram produzidas e avançaram na identificação e análise destes aspectos sobrepostos em diferentes camadas, de um nível macro (político) para um nível micro (indivíduo). Assim, foi possível demonstrar que, por trás da abordagem queixa-conduta, existem uma diversidade de aspectos que ofuscam ainda mais a visão do profissional, retardam ou interditam a sua ação de fazer aparecer o usuário-trabalhador e suas demandas de saúde.

Os resultados aqui apresentados constituem-se como elemento importante para o processo de compreensão de “como” é a realidade de trabalho na USF Federação e “como” o usuário-trabalhador aparece na interação com o profissional de saúde para que possamos vislumbrar possibilidades de articulação e construção desta rede cuidado integral no SUS. Um primeiro movimento no sentido de desembaraçar os fios

e identificar os pontos já existentes para, então, potencializá-los e ampliá-los e, assim, esta rede de cuidado seja tecida e ganhe contornos.

Cumpridos os trâmites acadêmicos, posso dizer que, este ponto de chegada impulsionará uma nova partida. Nesta etapa, serei guiada pelo olhar de fora, mas nem tanto, uma vez que agora está impregnado das vivências do campo e servirá como um fio condutor para o desenvolvimento de estratégias e ações integradas no projeto de pesquisa intervenção interinstitucional. Um movimento já iniciado, uma vez que a minha aproximação daquela realidade de trabalho despertou reações e, permitiu identificar pontos de tensões e de interação potenciais para o reconhecimento do usuário-trabalhador com a USF Federação (mapeamento, sala de espera, acolhimento, atividades educativas, sala de curativos, consulta programadas) e dos profissionais das eSF, NASF-AB.

Cabe, agora, trazer as contribuições para roda de discussão do grupo de pesquisa e, em demais espaços ampliados com a presença de atores sociais-chave reconhecidos para este processo. Uma etapa de grande relevância, a meu ver, para que possamos estruturar estratégias e caminhar, progressivamente, minimizando e neutralizando os efeitos dos desafios e obstáculos postos para implementação do cuidado integral ao usuário-trabalhador a partir da APS.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T. de. Aspectos históricos e conceituais, princípios e importância da Atenção Primária à Saúde no atual cenário nacional. *In* DIAS, E. C. e SILVA, T. L. (orgs). Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, pp.22-41.
- ARAÚJO, M. A. de; DUTRA, R. Q.; JESUS, S. C. S. de. Neoliberalismo E Flexibilização Da Legislação Trabalhista No Brasil E Na França. *Cadernos do CEAS*, Salvador/Recife, n. 242, p. 558-581, set./dez., 2017. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/>. Acesso em 01/04/2019.
- ARAÚJO, T. M. de. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *REV BRAS EPIDEMIOL JUL-SET 2016*; 19(3): 645-657. Disponível em: www.scielo.br
- BAHIA. Secretaria da Saúde. **Guia para análise da situação de saúde do trabalhador – SUS/Bahia**. Salvador: DIVAST, 2014.
- BALISTA, S. R. R.; FILHO, H. R. C.; SANTIAGO, M. S. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 124, 2011.
- BECK, C. L. C. Fatores que Favorecem e Dificultam o Trabalho dos Enfermeiros nos Serviços de Atenção à Saúde. *Esc Anna Nery* (impr.) 2010 jul-set; 14 (3): 490-495.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico] : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 96/2017, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. – 52. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017b. – (Série textos básicos ; n. 139 PDF)
- BRASIL. Lei 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. Disponível em: conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. **3.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - 3.ª CNST - “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” Coletânea de Textos**. Brasília, 2005 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição et al. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Apostila completa. Brasília, 2012b.

_____. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012a**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 10 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 687, de 30 de março de 2006. Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/1404/portarias>. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA. Queixas mais comuns na Atenção Básica**. 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 290 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. 136 p. : il.

_____. Ministério da Saúde.. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2018b. 68 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Glossário temático : promoção da saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério Da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 01 de outubro de 2016.

_____. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 2.437, 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 e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Portarian2437-RENASt.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 01 de outubro de 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 20 jun. 2017.

CADONÁ, E.; SCARPARO, H. Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2721-30, 2015.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In NUNES, M. e LANDIM, F. L. P. (Org.) *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA, 2016. (pp. 29-46)

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200011&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 28 de dezembro de 2018.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. Brasília : Paralelo 15; São Paulo : Editora Unesp, 2ª ed., 2006, 222 p.

CARVALHO, A. I. de e BUSS, P. M. *Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção*. In GIOVANELA, L. et al (orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008, 1112p..

CASAL, A. Y. *Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica*. Lisboa: Edições Cosmos, 1996.

CASTRO, M. M. de; OLIVEIRA, S. S... *Avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador*. ARTIGO ORIGINAL. *Saúde debate* 41 (spe2) Jun 2017. Disponível em www.scielosp.org.

CAVALCANTE, F. F. G. et al. **Estudo sobre os riscos da profissão de estivador do Porto do Mucuripe em Fortaleza. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (Sup): 101-110, 2005.**

COELHO, A. P. F. et al. Condições de trabalho no contexto de catadoras de materiais recicláveis: desafios e perspectivas para o trabalho seguro. REME. Rev Min Enferm. 2018c; 22 : e-1128

CRESWELL, J. W. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. Tradução Sandra Mallman de Rosa. 3^a ed. Porto Alegre : Penso, 2014.

DIAS, E. C et al. **Diretrizes para a vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica.** Belo Horizonte : UFMG, 2016.

DIAS, E. C. e HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as a es de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva.** 10(4)817-828, 2005.

DIAS, E. C. e LACERDA e SILVA, T.. **Possibilidades e desafios para a atenção integral   saúde dos trabalhadores na atenção primária.** In DIAS, E. C. e SILVA, T. L. (orgs). Saúde do trabalhador na Atenção Primária   Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, pp.22-41.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária   saúde, no SUS: oportuidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online] v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

DIAS, E. C. et al. **Diretrizes para o desenvolvimento de a es de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família.** Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva e Social, Belo Horizonte, 2016, 41p.

DIAS, E.C; LACERDA E SILVA, T.; M.H.C. de. Desafios para a constru o cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária   Saúde. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 20 (1): 15-24, 2012. Disponível em: <https://issuu.com/zeppelin/docs/cscv20n1>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

DIAS, M. D do A. Compreender o trabalho na Atenção Primária   Saúde para desenvolver a es em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 69-80, 2013. Disponível em: <http://scielo.br> Acesso em: 01 de agosto de 2017.

DIDI-HUBERMAN, G. **Sobrevivência dos vaga-lumes** Belo Horizonte : Editora UFMG, 2011. 160 p .: il. - (Babel).

DRUCK, G. TRABALHO, PRECARIZA O E RESISTÊNCIAS: novos e velhos desafios? **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

EVANGELISTA, A.I.B., PONTES, A.G.V., SILVA, J.V., SARAIVA, A.K.M. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. Rev. Rene, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1011-1020

FERRAZ, L.; TRINTADE, L. de L.; BEVILAQUA, E. SANTER, J. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. **REME Rev. Min. Enferm.**: Belo Horizonte, v.17, n.2, p.113-119, 2013.

FIRPO, Marcelo. **Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. P. 25-78.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso. Pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**. Jan/Fev/Mar/Abr 1999, Nº 10. Disponível em: https://poars1982.files.wordpress.com/2008/03/rbde10_06_claudia_fonseca.pdf
Acesso em: 26 de novembro de 2018.

FRASER, N. A justiça social na globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63, outubro de 2002. Disponível em: www.eurozine.com.

FRASER, N. RECONHECIMENTO SEM ÉTICA? Lua Nova, São Paulo, 70: 101-138, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a06n70.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2018.

FREITAS, MCS. **Agonia da fome** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA, 2003. 281 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 18 de agosto de 2018.

GERGEN, K. J. O movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**. Florianópolis, v.6, n.1, p. 299-325, jan./jul. 2009.

GERHARDT, T. E. et al. **Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro**. In GERHARDT, T. E. et al (orgs) Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, pp. 27-97.

GHASARIAN, C. apud TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):627-633, 2012.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidades em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2006; 40(1): 99-106.

GUERRA, E. L. de A. Manual pesquisa qualitativa. Grupo Anima Educação, Belo Horizonte, 2014.

HOEFEL, M. da G. et al. Acidentes de trabalho e condições de vida de catadores de resíduos sólidos recicláveis no lixão do Distrito Federal. **Rev Bras Epidemiologia**. São Paulo, 16(3): 764-85, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X-rbepid-16-03-00774.pdf. Acesso em 02 de janeiro de 2019.

JUSTO, A. M. A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 16(1): 139-154, jan.-jun./2010.

LACAZ, F.A.C. et al. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.17, n.44, p.75-87, jan./mar. 2013.

LACERDA E SILVA, T. et al. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.859-70, jul./set. 2011. (<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/mapa-da-saude/>)

LACERDA E SILVA, T. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface**: Botucatu, v.18, n. 49, 2014.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; RIBEIRO, E.C.O. Saberes e Práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface** (Botucatu) [online], v.15, n.38, pp.859-70, 2011.

LANCMAN, S. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.21, p.79-92, jan/abr 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2007.v11n21/79-92/pt>. Acesso em: 02/04/2019.

LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. [tradução João Manuel Ribeiro Coelho e Sérgio Coelho]. São Paulo : Terceira Margem, 2004.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(1) Jan-mar 2014.

LIMA, M. A. G. de Clínica da dor: sentidos e práticas no cotidiano dos espaços terapêuticos / Mônica Angelim Gomes de Lima – Salvador, 2005. 185p. [tese de doutorado]

LOISEL, P.; DURAN, M. J. Applying transdisciplinarity to the complexity of work disability prevention. Paper Presented at the 2nd World Congress on Transdisciplinarity in Brazil. São Paulo, Brasil, Centro de Educação Transdisciplinar, CETRANS. September 4th - 16th, 2005.

MAGNANI, J. G. C. DE PERTO E DE DENTRO: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 17 nº 49 junho/2002, p. 11-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n49/a02v1749.pdf>. Acesso em: 26 de nov. 2018.

MAISSIATT, G. da S.; LAUTERTB, L.; DAL PAI, D.; TAVARES, J. P.. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 jun;36(2):42-9.

MARIANTE NETO, F. P e STIGGER, M. P. Reflexividade na pesquisa etnográfica e as suas relações a prática pedagógica de um professor de boxe. **Cadernos de formação da Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, p. 95-107, jan.2011. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/cadernos/article/view/1211> . Acesso em: 26 de nov. 2018.

MATTOS, CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. *Etnografia e educação: conceitos e usos* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83. ISBN 978-85-7879-190-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.* Rio de Janeiro (RJ): UERJ-IMS-ABRASCO; 2001, pp.43-68.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://scielo.br/>. Acesso em 01/08/2017.

MINAYO GOMEZ,C.; COSTA,S.M.F.T. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**,4(2):411-421,1999. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7123.pdf Acesso em: 01 de maio de 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v . 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *SAÚDE DEBATE. REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE*, V. 42, N. 116, RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2018.

OLIVEIRA, A. M. N. de e ARAÚJO, T. M. de. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 243-262, jan./abr. 2018

ORNELAS, T. A. dos P.. Configurações do trabalho domiciliar da costureira, no território da Estratégia de Saúde da Família. *Dissertação (Mestrado - Programa de*

Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2018, 95f.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 28/3/2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acesso em: 01/02/2019.

PAIM, J. S.. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.

PAIM, J. S..8ª. Conferencia Nacional de Saude: direito à Saúde, Cidadania e Estado, 1986 [mimeo]

PEGORARO, P. B. B.; SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Psychic and moral exhaustion in primary care workers. Rev Esc Enferm USP, 2017: 51:e03257. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp

PINHEIRO, R. et al. **O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado** /n GERHARDT, T. E. et al (orgs) Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, pp. 13-24.

PINHO, L. B. de. **A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 835–846, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>. Acesso em: 01 de setembro de 2017.

RIZZOTTO, M. L. F. et al. Justiça social, democracia com direitos sociais e saúde: a luta do Cebes. /n Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, volume 42, número 116, Rio de Janeiro, jan-mar 2018.

ROELEN, C. A. M. et al. Sickness absence due to mental health disorders - a societal perspective. Occupational Medicine 2012;62:379–381.

SALIMENA, A. M. et al. Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem. Rev. APS, 2013 jan/mar, 16(1): 50-59. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14889>. Acesso em 01/05/2019.

SALVADOR. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Volume I, 1ª edição (Tiragem: 1000 exemplares), 2018a, 230p.

_____. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Volume II – Distritos Sanitários. Salvador, 2018b, 96p.

SANCHO, K.A, PFEIFFER, C.R.C., CORRÊA, C.R.S. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. Interface (Botucatu). 2019; 23:e170633. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14/05/19.

SANTOS, A. L. e RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**: Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.

SCHERER, M. D. dos A. et al. AUMENTO DAS CARGAS DE TRABALHO EMTÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL. Trab.Educ.Saúde,Rio de Janeiro,v.14,supl.1,p.89-104,2016

SCHIFFLER, A.C.R.; ABRAHÃO, A.L. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In.: GOMES, A.P.C.; MERHY, E.E. (Orgs.). Pesquisadores IN-MUNDO – Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 89-103.

SHIMIZU, H. E e CARVALHO JUNIOR, D. A. de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2405-2414, 2012.

SILVA, M. V. S. da; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. **Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar**. Interface (Botucatu). v. 21, n. 62: 589-99, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 30 de julho de 2017.

SILVA, R.V.B da et al. **Do Elo ao laço: o Agente comunitário na construção da integralidade à saúde**. Rio de Janeiro : CESPEC/UERJ, ABRASCO, 2006, pp.75-90.

SILVA, V. S.. Saúde do Trabalhador na atenção básica: condições de trabalho e demandas de saúde em oficinas automotivas do território. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2018, 90f.

SILVEIRA, S. L. M.; CÂMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R.. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (4): 386-92.

SOUZA, J. Ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):627-633, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 30 de janeiro de 2018.

TRINDADE, L. de L. e PIRES, D. E. P. de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto**

Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 36-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf. Acesso em: 20 de março de 2019.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, 2005; 39(3):507-14.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Componente III

1. DADOS SOBRE A PESQUISA E RESPECTIVOS RESPONSÁVEIS

Título: Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir.

Componente III: Construindo o cuidado integral à saúde do trabalhador no território da Estratégia de Saúde da Família

Instituição responsável: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Pesquisadora responsável: Prof^a Mônica Angelim Gomes de Lima

Convidamos você a participar da nossa pesquisa. Precisamos de sua colaboração para compreender como as demandas de saúde do trabalhador dos usuários chegam ao serviço. Para tanto será realizada entrevista que buscará caracterizar o perfil dos usuários adultos que buscam a unidade, suas demandas, as condutas adotadas, facilitadores, obstáculos e estratégias adotadas para atendimento das demandas. A entrevista será gravada e posteriormente repassada para escrita. A sua participação poderá contribuir para a elaboração de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de um planejamento integrado entre as instâncias da Rede de Atenção à Saúde e atendimento das demandas de saúde do trabalhador diagnosticadas no seu território de atuação. Para participar da entrevista será agendada hora e local de acordo com a sua conveniência. Durante a entrevista caso haja a sensação de desconforto, cansaço, receio ou constrangimento você poderá solicitar um tempo para descansar, deixar de responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir de participar da pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho fazem parte de um grupo de pesquisa composto por membros da Universidade Federal da Bahia - UFBA, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – Cesat/Ba e Centro de Referência em Saúde do

Trabalhador – Cerest/Salvador estando todos disponíveis, a qualquer momento, para o esclarecimento de possíveis dúvidas que venham a surgir.

Sua participação é voluntária e muito importante. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer tempo, caso assim deseje. As informações obtidas serão mantidas sob sigilo, sendo estritamente confidenciais e somente serão utilizadas para este fim, seu nome em nenhuma hipótese será mencionado ou divulgado. Caso queira pensar se deve participar da pesquisa poderá ficar com este documento e fornecer a resposta no dia seguinte.

Se você concorda em participar dessa pesquisa, se todas as dúvidas foram esclarecidas pelo pesquisador (a) e aceita os procedimentos que serão realizados, por favor, assine esse termo em duas vias. Uma via ficará com você e a outra, com o (a) entrevistador (a). Abaixo, encontram-se os contatos do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, você poderá acessá-lo (a) em caso de dúvidas em relação a essa pesquisa como também poderá fazer alguma denúncia relacionada à mesma.

Consentimento: Eu, _____ li ou ouvi a leitura do consentimento informado. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Sou voluntário a participar deste projeto.

Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia - FAMEB/UFBA. End.: Largo do Terreiro de Jesus, s/n- Pelourinho - Salvador-Bahia Tel: 71 3283 5564 Email: cepfmb@ufba.br . Horário de funcionamento: manhãs de 2ª, 3ª e 5ª das 07 às 13 horas; tardes de 2ª (14 às 18 horas), 4ª e 6ª das 13 às 18 horas.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da entrevistadora

Andréa Garboggini Melo Andrade

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista para Usuários da Unidade de Saúde da Família
INTERAÇÃO DOS USUÁRIOS-TRABALHADORES (ADULTOS ACIMA DE 18 ANOS) COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF).

1. Quais os motivos te levam (levaram) a procurar a equipe da USF?

Identificar os motivos que levam (levaram) o usuário a buscar a USF, procurando perceber se há alguma relação entre as demandas de saúde que motivaram a procura do serviço com o trabalho.

PERCURSO DO USUÁRIO-TRABALHADOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

2. Para resolver seu problema de saúde você recorreu a quais serviços de saúde? Essa procura se deu por conta própria ou algum profissional (qual?) fez o encaminhamento (que tipo)?

Compreender o(s) percursos do usuário na RAS, a partir do reconhecimento da sua demanda de Saúde do Trabalhador, procurando perceber se a procura se deu a partir

de demanda espontânea ou encaminhamento (do ACS/da EqSF, de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde RAS), quais foram as condutas/procedimentos adotados pela equipe a partir desse reconhecimento e se recorreu a outras redes de apoio (social, religiosa, política, etc). (que caminhos são/foram trilhados pelo “usuário-trabalhador” a partir da interação com a unidade de saúde da família? Que recursos são/foram acionados?). Perceber, também, em que medida os caminhos foram guiados / “apontados” pelos trabalhadores de saúde ou se foram trilhados pelos usuários de forma autônoma, a partir do seu conhecimento e das suas interações com as redes informais ou formais de saúde?

CONCEPÇÃO DE TRABALHO

3. Para você, o que significa a palavra trabalho? Com base nesse significado, quais foram (são) as atividades de trabalho que você já realizou(realiza)?

Identificar a compreensão do usuário acerca do que é trabalho e suas experiências profissionais.

COMPREENSÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

4. Você já teve algum problema de saúde relacionado com o seu trabalho? Qual(is)? Se sim, quem identificou esse problema e o que foi feito a partir dessa identificação)?

Perceber a compreensão que o usuário tem sobre a relação do trabalho com o seu adoecimento (agravo relacionado ao trabalho) e, quais percursos percorridos a partir do reconhecimento/nexo causal.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com profissionais de saúde das USF.

1. Fale sobre o perfil dos usuários adultos (a partir dos 18 anos) atendidos por você na USF

Coletar informações sobre as características dos usuários atendidos na UFS procurando identificar se eles incluem características acerca das atividades de trabalho (ocupações) desenvolvidas.

2. Quais as demandas de saúde normalmente apresentadas pelos usuários adultos?

Identificar se os usuários formalizam demandas de Saúde do Trabalhador e ou se o profissional de saúde as identifica durante o atendimento. Que “pedidos” normalmente são feitos e de que forma são reconhecidos.

3. Além das demandas de saúde do trabalhador que chegam para você durante os atendimentos na USF, existem outros espaços e atividades que você participa que possibilitam o reconhecimento dessas demandas?

Identificar se o profissional de saúde identifica demandas de ST durante os atendimentos domiciliares, atividades educativas com a comunidade, reuniões técnicas / de estudo de caso, dentre outras.

4. Durante o atendimento, você identifica se os usuários apresentam questões que possam estar relacionadas com a atividade profissional (de trabalho) que exerce?

Identificar se (e como) o profissional de saúde identifica demandas de Saúde do Trabalhador durante o atendimento.

Perceber como são essas demandas e o que favorece ou dificulta o reconhecimento pelo profissional de saúde.

5. Diante dessas demandas, quais as condutas que você normalmente adota no atendimento?

Perceber quais as condutas e procedimentos são adotados pelo profissional quando do reconhecimento das demandas de ST dos usuários (elaboração de relatório, solicitação de exames diagnósticos/complementares, emissão de CAT, notificação no Sinan, articulação com rede especializada e demais pontos da RAS, etc).

6. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas por você para:

Identificar fatores que contribuam ou dificultem o reconhecimento, o atendimento e o encaminhamento (articulação com a RAS) das demandas de ST dos usuários (formação, experiência profissional, sensibilidade, sobrecarga de atividades, falta de priorização, desinteresse, descomprometimento ...)

a) o reconhecimento das demandas de ST dos usuários atendidos?

b) o atendimento e acompanhamento das demandas de ST dos usuários atendidos?

c) o encaminhamento dos usuários para atendimento na RAS e seu devido acompanhamento?

7. Quais estratégias que você normalmente adota para superar as dificuldades enfrentadas?

Identificar estratégias adotadas que são exitosas para atendimento das demandas de ST dos usuários no contexto da APS.

8. O que você considera necessário para ampliar a sua capacidade de reconhecimento e atendimento das demandas de ST dos usuários?

Identificar demandas para apoio técnico e institucional, capacitação / educação permanente, dentre outras.

9. O que você considera necessário para ampliar a capacidade de atendimento das demandas de ST dos usuários pela RAS?

Compreender dificuldades apresentadas na articulação da USF com demais instâncias da RAS; identificar necessidade (estabelecimento de fluxos, normas, procedimentos, etc); propor ações para estabelecimento de canal efetivo de comunicação entre a USF e demais componentes da RAS, dentre outras.