

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE
COLETIVA**

REGINA CÉLIA DINIZ WERNER

**REALIDADES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DO ADULTO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA – ES.**

VITÓRIA
2006

REGINA CÉLIA DINIZ WERNER

**REALIDADES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DO ADULTO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA – ES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Alacir Ramos Silva

VITÓRIA

2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

W492r Werner, Regina Célia Diniz, 1963-
Realidades e perspectivas da assistência a saúde do adulto trabalhador
no município de Vitória-ES / Regina Célia Diniz Werner. – 2006.
141 f. : il.

Orientador: Alacir Ramos Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências da Saúde.

1. Cidadania - Vitória (ES). 2. Saúde e trabalho - Vitória (ES). 3.
Família - Programas de saúde - Vitória (ES). I. Silva, Alacir Ramos. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

REGINA CÉLIA DINIZ WERNER

**REALIDADES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO
TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES.**

Dissertação de Mestrado: submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Alacir Ramos Silva – Orientadora

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Danilo Nagib Salomão Paulo – 1º Examinador

Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. Dr. Prof. Dr. Luiz Henrique Borges – 2º Examinador

Universidade Federal do Espírito Santo

Profª Drª Maria Helena Rauta Ramos – 1º Suplente

Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Profª Drª Marta Zorzal e Silva – 2º Suplente

Universidade Federal do Espírito Santo

Este estudo está inserido na **Área de Concentração - Política, Administração e Avaliação em Saúde, linha de Pesquisa Política de Saúde** do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Dedico este estudo aos
trabalhadores formais e
informais, que com o suor dos
seus corpos e a persistência de
suas vidas, continuam
construindo um caminho em
busca da cidadania!

AGRADECIMENTOS

À minha filha Raphaela, por seu sorriso, pelo seu beijo de boa noite, por sua admiração incondicional ao meu trabalho e por me fazer acreditar que é possível continuar, apesar de tudo...

Aos meus pais, Sebastião Diniz e Maria da Penha, que me deram a vida, os princípios morais, religiosos e familiares.

À minha irmã Rachel, que divide comigo a experiência de também ser Enfermeira.

Aos meus irmãos Reinaldo e Ricardo, às minhas cunhadas Maria Rosa e Márcia e aos meus sobrinhos Anderson, Jéferson, Rodrigo, Rebeca, Maria Luiza e Fabiana, por partilharem comigo tantas experiências.

Às minhas amigas-irmãs, Claudia Roberta, Adriani Ribeiro e Sheila Cruz, que além de dividirem comigo a experiência de serem Enfermeiras, vêm dividindo também as alegrias e conquistas da vida.

Ao meu colega de profissão e Mestre, Fábio Lúcio Tavares, pelo incentivo para que eu participasse do processo seletivo do mestrado e pelo apoio durante toda a jornada.

Aos meus mais novos amigos e parceiros nesta caminhada do mestrado, Antônio Carlos, Atala, Ana Paula, Cirlene, Claudia, Cristina, Débora, Elizabeth, Juliana, Marli, Patrícia, Priscila, Rosana, Rosaura, Solange e Viviane.

À Prof^a. Dr^a Alacir Ramos Silva, carinhosamente conhecida como Sissa, por acreditar que meu anteprojeto de pesquisa pudesse se transformar em uma dissertação de mestrado.

Ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, pela brilhante arte da escuta terapêutica, por abrir os caminhos do conhecimento da saúde do trabalhador, pelas referências bibliográficas, pela correção dos trabalhos e pela disponibilidade em participar da Banca Examinadora.

Ao Prof. Dr. Danilo Nagib Salomão Paulo, pela disponibilidade em participar da Qualificação e da Banca Examinadora.

À Prof^a Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima, Coordenadora e Professora do Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC), e à Sheila Kobi, secretária, pela disponibilidade e atenção.

Aos diretores, coordenadores e servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES, pela liberação do espaço para as atividades e pelo apoio à realização da minha pesquisa.

Aos diretores e funcionários da Escola Técnica de Saúde do Espírito Santo, pelo apoio e carinho demonstrados. A minha colega de coordenação de curso Fernanda Soares Martinez pela presença constante nas atividades de serviço, leitura e correção de textos.

Aos professores, amigos e colegas de profissão que em algum momento da minha vida se fizeram presentes, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A professora Rita Chang pela revisão de português e ao tradutor Sandlei Moraes pela atenção.

Aos que participaram da minha pesquisa: usuários, enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde, que consentiram, informaram e acreditaram no resultado deste estudo.

A todos muito obrigada!

E em tom de oração, agradeço a Deus, que fez novas todas as coisas e que me proporcionou saúde, fé, temperança e sustento espiritual!

“(…) Um homem se humilha
Se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
e a vida é trabalho
e sem o seu trabalho,
um homem não tem honra
e sem a sua honra
se morre, se mata
Não dá pra ser feliz,
não dá pra ser feliz (…)”

(Guerreiro menino, Gonzaguinha)

RESUMO

WERNER, Regina Célia Diniz. **Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória -ES.**

Orientadora: Profª Drª Alacir Ramos Silva. Vitória: PPGASC/UFES, 2006. 141 f.

Dissertação de Mestrado.

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, qualitativo, que visa à descrição da assistência prestada à saúde do adulto trabalhador pelas equipes de saúde no município de Vitória-ES. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com profissionais e usuários em cinco Unidades de Saúde da Família (USF), selecionadas por tempo de início das atividades do Programa de Saúde da Família (PSF) e situadas em regiões de saúde com padrão sócio - econômico diversificado. Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e demonstraram o perfil dos profissionais e dos usuários. Evidenciaram também que as atividades básicas de assistência estão centradas na USF, que o trabalhador adulto não participa das atividades educativas promovidas pela mesma e que raramente se encontra em seu domicílio nas visitas domiciliares das equipes. Quando está presente, apresenta uma série de justificativas, como: licença médica, desemprego, trabalho informal ou trabalho em turno. O panorama encontrado através da análise do DSC demonstra que, embora alguns profissionais estejam atentos a essa falta de atenção primária à saúde do adulto trabalhador, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) não possui uma política que contemple alternativas para tal situação. Observou-se que a partir de setembro de 2005, algumas USF iniciaram atendimento até às 22 h, porém esse atendimento ainda está centrado na prática médica curativa.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; Saúde do Trabalhador; Cidadania.

ABSTRACT

WERNER, Regina Célia Diniz. **Realities and Perspectives of adult workers' health assistance in the city of Vitória – ES.**

Advisor: Prof^a. Dr^a. Alacir Ramos Silva: PPGASC/UFES, 2006. 141 p.

Master's Dissertation.

It is a descriptive, observational, qualitative study which aims at describing the health assistance provided for adult workers by the health teams in the city of Vitória-ES. For collecting data, interviews with professionals and users in five “*USF - Unidades de Saúde da Família*” (Family Health Units) were carried out. These units were selected based on their time in the *PSF* (Family Health program) and they were located in areas with diverse socio-economic standards. The data obtained were analyzed through the Collective Subject Discourse Methodology (*DSC*) and they showed the professionals and users' profiles. It was also evidenced that the assistance basic activities are centered in the USF, that adult workers do not participate in the educational activities promoted by the USF and that these adults rarely are home during the health teams visits. When they are home, they offer several justifications such as medical leave, unemployment, odd or shift jobs. The panorama found through the *DSC* analysis shows that, although some professionals are aware of this fault in the adult workers' health assistance, the SEMUS – “*Secretaria Municipal de Saúde*” (City Health Department) does not have any alternative policy for such situation. It was noticed that since September, 2005, some USF have started attending until 10 PM, but this service is still focused on the curative medical practice.

Key-words: Family Health Program; Workers' Health; Citizenship.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição percentual de profissionais das USF que participaram da pesquisa por categoria profissional, Vitória, 2006.....	80
Gráfico 2. Distribuição percentual dos profissionais em relação à motivação em trabalhar no PSF, Vitória, 2005/ 2006.....	81
Gráfico 3. Distribuição percentual dos ACS em relação à motivação em trabalhar no PSF, Vitória, 2006.....	83
Gráfico 4. Percepção dos profissionais quanto à origem das orientações das ações a serem desenvolvidas pelas equipes do PSF, Vitória, 2005.....	86
Gráfico 5. Percepção dos profissionais quanto ao processo de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF, Vitória, 2005.....	87
Gráfico 6. Percepção dos profissionais quanto ao retorno do processo de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF, Vitória, 2005.....	88
Gráfico 7. Distribuição média de famílias cadastradas por equipe nas USF de acordo com as informações dos enfermeiros entrevistados, Vitória, 2005/2006.....	89
Gráfico 8. Distribuição percentual dos fatores que dificultam o cadastro da família, Vitória, 2006.....	93
Gráfico 9. Distribuição percentual de trabalhadores adultos que participaram da pesquisa por local de utilização do serviço, Vitória, 2006.....	99
Gráfico 10. Distribuição percentual de trabalhadores adultos por procedência, segundo endereço residencial, Vitória, 2006.....	100
Gráfico 11. Distribuição percentual dos entrevistados quanto à escolaridade, Vitória, 2006.....	102
Gráfico 12. Distribuição percentual dos entrevistados quanto à atividade profissional, Vitória, 2006.....	103
Gráfico 13. Distribuição percentual dos entrevistados quanto às atividades de lazer, Vitória, 2006.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos trabalhadores e sua situação no mercado de trabalho, Brasil, 2002.....	47
Quadro 2. Carta de Serviço da USF Consolação.....	64
Quadro 3. Carta de Serviço da USF Ilha das Caieiras.....	66
Quadro 4. Carta de Serviço da USF Jardim da Penha.....	67
Quadro 5. Carta de Serviço da USF Jesus de Nazareth.....	68
Quadro 6. Carta de Serviço da USF Maruípe.....	70
Quadro 7. Distribuição do nº de pessoas por família, produção, renda mensal e plano de saúde, Vitória, 2006.....	101

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).....	119
ANEXO B - Formulário para entrevista referente ao adulto trabalhador: ações de assistência à saúde.....	123
ANEXO C - Formulário para entrevista referente ao adulto trabalhador: perfil....	125
ANEXO D - Formulário para entrevista referente ao profissional de saúde do PSF: ações de assistência à saúde.....	126
ANEXO E - Formulário para entrevista referente ao profissional de saúde do PSF: perfil profissional.....	128
ANEXO F - Formulário para entrevista referente ao adulto trabalhador no PA: ações de assistência à saúde e perfil.....	129
ANEXO G - Termo de consentimento informado, livre e esclarecido para profissionais e adulto trabalhador.....	130
ANEXO H - Termo de aprovação do Comitê de Ética da UFES.....	132
ANEXO I - Termo de aprovação do Núcleo de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.....	133
ANEXO J – Estrutura da metodologia de Análise - Discurso do Sujeito Coletivo	134
ANEXO K - Dados gerais sobre a população, as regiões administrativas e a cobertura do PACS/PSF.....	136

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	17
1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	19
1.3 JUSTIFICATIVA.....	21
1.4 OBJETIVOS.....	22
2 O TRABALHO COMO CATEGORIA HISTÓRICA E SOCIAL.....	24
2.1 RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO ECONÔMICA E O SETOR SAÚDE NO BRASIL NO INÍCIO DO SÉCULO XX.....	28
2.2 SAÚDE PARA O TRABALHADOR NO PROJETO POLÍTICO E ECONÔMICO DO BRASIL INDUSTRIAL.....	31
2.3 MUDANÇAS SOCIAIS E REFORMA SANITÁRIA.....	35
3 POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	41
3.1 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR.....	44
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR...	46
3.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	52
4 A ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL.....	56
4.1 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES) E AS AÇÕES DE SAÚDE.....	58
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS BAIRROS E DAS USF DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	62
5 METODOLOGIA.....	71
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	72
5.2 CENÁRIO.....	72
5.3 SUJEITOS DE ESTUDO.....	73
5.4 COLETA DE DADOS.....	74
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	76

6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E DISCURSO DOS PROFISSIONAIS.....	80
6.1.1	Caracterização dos profissionais enfermeiros e médicos.....	80
6.1.2	Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde.....	82
6.1.3	Análise das ações de assistência a saúde desenvolvidas pelos profissionais em Unidades de Saúde da Família	84
6.2	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E DISCURSO DOS ADULTOS TRABALHADORES.....	99
6.2.1	Caracterização dos adultos trabalhadores.....	100
6.2.2	Análise da inserção dos adultos trabalhadores nas ações de saúde desenvolvidas em Unidades de Saúde da Família.....	104
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
8	REFERÊNCIAS.....	113
	ANEXOS.....	118

Capítulo I:

Considerações iniciais

Os trabalhadores e profissionais do setor que representam a saúde como direito individual e coletivo rompem a concepção centrada no biológico, no individual, na harmonia e equilíbrio sociais. Fazem da saúde uma meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe.

No entanto, a epidemiologia social encontra seu limite no paradigma que institui apenas o corpo como o espaço da saúde/doença. Seu desafio atual é encontrar na teoria e na prática a totalidade fundamental do ser humano (MINAYO, 2004).

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

O meu percurso profissional, ou a minha transformação de estudante para profissional foi algo que causou grande impacto na minha vida. O início imediato das atividades de trabalho na assistência aos agravos à saúde me fez amadurecer, no mínimo, rapidamente. Após seis meses de experiência profissional, já coordenava um serviço de urgência e emergência, no qual a principal clientela atendida era composta por trabalhadores vítimas de intercorrências (cólicas, cefaléias, dores inespecíficas; crises hipertensivas, asmáticas e depressivas) e acidentes, muitos dos quais, fatais.

O curso de Enfermagem e Obstetrícia, concluído na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 1988, proporcionou-me a abertura para o mercado de trabalho e para as experiências que se seguiram na minha vida como Enfermeira.

Após quatro anos de trabalho restrito a serviços hospitalares, e em sua maior parte, em setores de urgência e emergência; fui aprovada em concurso público pela Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) em 1992, ano em que ingressei na área de saúde pública para exercer o cargo de Enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para desempenhar atividades nessa “nova área” de assistência, foi necessário, além de um período de adaptação, que eu freqüentasse cursos de vacinação, de saúde da mulher e da criança. Nas abordagens realizadas nos cursos de capacitação, constatei que poderia planejar as ações de prevenção e promoção à saúde de uma clientela bem diversificada.

Porém, comecei a observar que raramente os adultos trabalhadores, principalmente os do sexo masculino, compareciam à Unidade de Saúde para participarem das atividades educativas. Normalmente, quando compareciam, eram em consultas de intercorrências. O que me levou a analisar que, mesmo sendo o Hospital e a Unidade de Saúde, locais de atividades completamente diferentes, a solicitação de

atendimento dessa clientela específica, fazia-se do mesmo modo, ou seja, nas intercorrências.

A constatação de que os adultos trabalhadores, inclusive os da área de saúde, não participavam das ações de prevenção e promoção à mesma, foi ficando cada vez mais evidente no planejamento e execução das atividades, nos mais variados cenários e nas realidades sócio-econômicas e culturais que vivenciei nas Unidades de Saúde do município.

No 2º semestre de 1998, fui designada para assumir a gerência de uma Unidade de Saúde, a qual havia sido planejada para funcionar como Unidade Básica durante a semana, e como Pronto Atendimento aos sábados e domingos para atender uma clientela que lotava os Pronto-Socorros do município.

Durante todo o período em que exerci a atividade para a qual fui indicada, observei que a dinâmica do serviço nos fins de semana era oposta à da Unidade Básica, pois aos sábados e domingos, os trabalhadores lotavam o Pronto Atendimento. Outro fato curioso é que essa clientela de operários solicitava atendimento não só para si, como também para os seus filhos. Ao serem questionados sobre o porquê da procura por esse serviço específico, alegavam vários motivos; porém, um quantitativo expressivo respondia que trabalhava durante a semana e só lhe restava o fim de semana para cuidar da sua saúde e da saúde de seus familiares.

Em 2000, com o início das atividades do Programa de Saúde da Família (PSF) no município, houve uma pequena redução da procura por consultas no Pronto Atendimento, mas o serviço permaneceu com uma média de 420 consultas clínicas e de 280 consultas pediátricas por fim de semana. As queixas mais frequentes estavam registradas nos boletins de produtividade (BUP); como as crises hipertensivas, as cólicas renais, as rinofaringites, solicitação de prescrição de medicamentos de rotina, de exames laboratoriais e de atestados médicos. Além da demanda por atendimento médico, havia uma procura muito significativa pela assistência odontológica para a realização de extrações dentárias, e pelos serviços de enfermagem para a realização de curativos, nebulizações e vacinas.

A persistência desse tipo de atendimento nos finais de semana, a dificuldade de direcionar essa clientela às unidades do PSF e os encaminhamentos desses indivíduos aos pronto-socorros de referência para o atendimento aos agravos, levaram-me não só a questionamentos quanto à real abrangência do PSF no município, como também me despertaram o interesse pela pesquisa devido à magnitude desse problema para a saúde pública, envolvendo o afastamento das atividades de trabalho (licença médica), as seqüelas devido aos acidentes, as doenças cardiovasculares e respiratórias e o óbito do adulto trabalhador por causas evitáveis.

Ao revisar a literatura, observei que, embora alguns autores também discorressem sobre fatores como: a construção do campo de atenção à saúde do trabalhador, as causas de afastamento do trabalho e a quantidade de horas que o operário despende no ambiente de trabalho; os artigos publicados sobre a área de saúde do trabalhador apresentavam uma abordagem mais direcionada às doenças ocupacionais clássicas. Não foram encontrados artigos que tratassem especificamente da abrangência da proposta do PSF, que traz em sua essência a assistência integral à saúde da família, nem artigos que retratassem a realidade vivenciada por esses serviços relacionada à saúde do trabalhador.

Para o desenvolvimento da pesquisa nessa área da saúde da família e da saúde do trabalhador, vislumbrei a possibilidade de ingressar no mestrado de Saúde Coletiva, através do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC) da UFES. Participei do processo seletivo em 2004, sendo aprovada para desenvolver a minha dissertação de mestrado cujo objeto de estudo é a assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES.

1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação foi organizada em sete capítulos. No primeiro, são apresentadas as considerações iniciais, subdivida em quatro tópicos:

- Temporalidade da autora;

- Apresentação da estrutura do trabalho, com a indicação dos conteúdos abordados em cada capítulo;
- Justificativa e relevância do estudo;
- Apresentação dos objetivos.

No segundo capítulo, foi construído um percurso histórico demonstrando o trabalho como categoria histórica e social.

No terceiro capítulo, foram abordadas as políticas nacionais de segurança e de saúde do trabalhador para que fosse estabelecida uma contextualização do tema abordado à linha de pesquisa escolhida.

No quarto capítulo, buscou-se demonstrar a organização do setor saúde no Brasil, procurando focar as ações do PSF no município de Vitória-ES, local de desenvolvimento da pesquisa de campo.

No quinto capítulo, foi tratado o método de estudo, subdividido em cinco tópicos:

- Tipo de estudo;
- Cenário;
- Sujeitos da pesquisa;
- Coleta de dados;
- Análise dos dados.

No sexto capítulo, buscou-se, através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefevre e Lefevre (2003, 2005), analisar os depoimentos dos profissionais de saúde e trabalhadores entrevistados. Para evitar a exposição do indivíduo que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, fizeram-se necessários nessa análise; a substituição dos nomes das USF por numeração (1 a 5) e o agrupamento dos indivíduos entrevistados por função, obedecendo ao seguinte critério: ACS (para os Agentes Comunitários de Saúde); ENF (para os Enfermeiros); MED (para os médicos) e USER (para os usuários, ou seja, adultos trabalhadores).

No sétimo capítulo, são apresentadas as considerações finais. Procurou-se enfatizar as indagações acerca das realidades e perspectivas da assistência à saúde do trabalhador no município de Vitória-ES, praticada pelos profissionais das equipes do PSF, destacando-se o reconhecimento da complexidade do tema e a reestruturação organizacional da SEMUS, além da necessidade de que a implantação e implementação de ações sejam baseadas em políticas públicas nacionais.

Finalizando, são apresentados as referências e os anexos, constando os instrumentos de pesquisa (formulários de entrevista), documentos e outros dados relevantes.

1.3 JUSTIFICATIVA

A assistência à saúde do indivíduo ou da coletividade vem sendo estudada em diversos aspectos e ao longo das últimas décadas. Com a implantação do PSF no município de Vitória, esperava-se que a assistência integral à saúde da família fosse consolidada. Porém, observou-se que a assistência aos munícipes, e em particular ao adulto trabalhador, encontra-se ainda concentrada nos plantões de urgência e emergência nos finais de semana, em feriados e nos pontos facultativos, constituindo-se a prática mais comum. Os dados obtidos através de estudos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), e as estatísticas de atendimento no período de 1999 a 2003, reforçam essas afirmações e a relevância desta pesquisa (VITÓRIA, 1999).

Observou-se também, através de revisão de literatura específica, que vários autores como Brito e Porto (1991), Porto e Almeida (2002) e Alves (2003), demonstraram em seus estudos que a saúde, para o trabalhador, não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, inserindo esse tema em algo maior, como o seu envolvimento com o processo dos acontecimentos coletivos, familiares e sociais. Uchoa, Rozemberg e Porto (2002), abordaram também a temática do adulto trabalhador afirmando que as pessoas, principalmente as adultas, costumam passar boa parcela de suas vidas trabalhando e que esse assunto continua ainda periférico

ao campo da Saúde Pública e durante muito tempo permaneceu fora das ações do Setor Saúde.

A análise de Merhy et al. (2004, p. 67) sobre esse tema demonstra que:

[...] o corpo do trabalhador tem um valor importante, dado pelo capital, como insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços . Cuidar deste valioso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para a manutenção do sistema produtivo [...]. Quando se pensa que saúde é um direito que deve ser outorgado à população, consideramos naturalmente que esta responsabilização deve recair sobre o Estado, como a entidade que teria esta missão, a de oferecer ao cidadão condições para o exercício pleno da sua vida, especialmente no que lhe é mais essencial, a saúde e o acesso aos seus serviços [...].

Portanto, o estudo da dinâmica da assistência e do acesso da clientela de adultos trabalhadores aos serviços praticados atualmente nas USF e aos serviços de urgência e emergência, poderá demonstrar os pontos críticos das ações de implementação do PSF em algumas regiões de saúde do município, servindo como subsídio para outros estudos, que poderão ser desenvolvidos pelo próprio serviço, ou para proposições de mudanças no planejamento das ações dos Departamentos de Ações Básicas e Vigilância à Saúde da SEMUS.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Identificar e descrever as ações de assistência à saúde do adulto trabalhador realizadas por profissionais de equipes do Programa de Saúde da Família em Unidades de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do município de Vitória-ES.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os profissionais de saúde de equipes do PSF das regiões de saúde do município selecionadas para o estudo.

- Caracterizar os adultos trabalhadores, assistidos ou não, pelas equipes do PSF das regiões de saúde do município selecionadas para o estudo .
- Descrever e analisar as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde propostas por equipes do PSF das regiões de saúde.
- Descrever e analisar as situações reais e as perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador propostas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Capítulo II:

O Trabalho como categoria histórica e social

Dessa forma, deve-se perguntar qual o lugar que o trabalho estará ocupando como valor estruturante das pessoas e das relações sociais numa época, a atual, quando as chamadas globalização econômica e reestruturação produtiva têm engendrado novas e diversificadas formas de existência social. Que modos de ser e de sofrimentos podem ser gerados, quando o traço identificatório do 'ser trabalhador' não pode se constituir diante do elevado índice de desemprego ou subemprego, decorrente da implantação de tecnologia que elimina numerosos postos de trabalho? (BORGES, 2001).

2 O TRABALHO COMO CATEGORIA HISTÓRICA E SOCIAL

No estudo das origens etimológicas, o trabalho remonta ao sofrimento e à tortura; e na antiguidade grega clássica, era considerado degradante e pouco nobre, pois não cabia ao cidadão livre executá-lo (BORGES, 2001). Segundo Albornoz (1995), a palavra trabalho, originou-se de *tripalium* (provinda do latim), instrumento utilizado na agricultura e que também foi usado como meio de tortura, relacionando o termo a esforço e sofrimento. Além desse significado, pode ainda estar ligado à idéia de realização de uma obra e aplicação de forças e faculdades humanas para alcançar determinado fim.

A preocupação com a saúde do trabalhador ou a relação entre trabalho, saúde e doença nem sempre existiu, uma vez que no trabalho escravo e servil, o trabalhador era considerado engrenagem natural do sistema, sendo assemelhado a animais e a ferramentas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Porém, a partir do Século XVIII, com a Revolução Industrial, o trabalhador denominado artesão, que detinha todo o conhecimento do processo de produção, todo seu *saber-fazer* e seu próprio modo de fazer, vê-se numa situação na qual só lhe resta vender ao burguês-capitalista sua força de trabalho, como se fosse mais uma mercadoria no mercado. A burguesia passa então, a controlar o processo de trabalho como atividade orientada a um fim e a deter o produto desse trabalho. As condições materiais de concentração de riquezas, a propriedade privada e a existência de trabalhadores livres que se tornaram assalariados fizeram com que a burguesia se tornasse a classe dominante do sistema capitalista (BORGES, 2001).

Segundo Borges (2001, p. 22), o capitalismo deve ser visto “[...] como parte de um processo histórico que desde o início da vida gregária, procura transformar os bens e riquezas naturais em outros bens que melhor satisfizessem as necessidades humanas”.

De acordo com Marx (1978), uma vez que o trabalhador vendeu sua força de trabalho, o capitalista, que controlava todo o processo, aumenta a jornada de trabalho podendo tirar dela até o dobro de valor, ou mais, que já produzia. A esse mais valor da mercadoria que não é pago pelo capitalista, Marx denominou de mais-valia, que também poderia ser conseguida quando a jornada de trabalho permanecesse e houvesse investimento em tecnologias que diminuiriam o tempo de produção. De acordo com Bihr (apud ANTUNES, 2005, p. 181):

O modo de produção capitalista em seu conjunto, ao submeter a natureza aos imperativos abstratos da reprodução do capital, engendra a crise ecológica. Dentro do universo do capitalismo, o desenvolvimento das forças produtivas converte-se em desenvolvimento das forças destrutivas da natureza e dos homens. De fonte de enriquecimento converte-se em fonte de empobrecimento, em que a única riqueza reconhecida não é o valor de uso, mas essa abstração que é o valor. E, nesse mesmo universo, a potência conquistada pela sociedade converte-se em impotência crescente dessa mesma sociedade.

Os contornos que permeiam a história do trabalho, do trabalhador e da saúde se confrontam com a realidade da classe trabalhadora de hoje. O que Marx (1978) incluía como trabalhadores produtivos; para Antunes (2005), não se restringiriam somente aos trabalhos manuais diretos, mas à totalidade do trabalho social, coletivo, que vende a sua força de trabalho pela recompensa do salário mensal. Ainda segundo o mesmo autor, na atualidade, essa classe trabalhadora engloba também os trabalhadores improdutivos que, segundo o conceito de Marx, são aqueles cujo trabalho é consumido como valor de uso e não como trabalho que cria valor de troca.

Porém, esse modo de produção também gerou doenças, pois o trabalhador livre para vender sua força de trabalho foi, segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), exposto a jornadas de trabalhos extensas, a ambientes insalubres, à aglomeração humana que propiciava a proliferação de doenças infecto-contagiosas, além das mutilações e mortes causadas pelas máquinas. Borges (2001), também descreve que, no sistema denominado capitalista, a superexploração do trabalhador sem que houvesse a correspondente reposição de suas condições de sobrevivência, resultou e ainda resulta nos dias de hoje, em vários níveis de adoecimento, na

diminuição da expectativa de vida, no desgaste físico e emocional, e na desvalorização do seu trabalho.

Embora a força de trabalho fosse fundamental à industrialização emergente, a presença de um médico, como símbolo da saúde, no interior das fábricas na Inglaterra, deu-se por iniciativa dos empresários, visando tão somente à recuperação do trabalhador para o seu retorno às linhas de produção (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997).

O padrão de acumulação capitalista centrado nos modos de organização do trabalho denominados taylorismo e fordismo representou o sistema produtivo que dominou a grande indústria capitalista no Século XX, caracterizado pela produção em massa, homogeneizada, cronometrada, parcelada e fragmentada. Segundo Antunes (2005), esse sistema produtivo centrado na grande indústria provocou a expansão do modelo de trabalhador denominado 'operário-massa', um trabalhador coletivo de grandes empresas fortemente hierarquizadas que Lazzarato e Negri (2001, p. 18) definem como um “[...] trabalhador massificado não apenas pelos níveis de mobilização das forças de trabalho aos quais chegava à produção em série, mas pelo nivelamento de suas qualidades[...]” sendo também submetidos a uma divisão técnica no trabalho que lhes reservava tarefas cada vez mais simples e repetitivas.

Sendo a lógica do capital assim, podemos inferir que a dinâmica de produção capitalista não estaria limitada apenas à produção de mercadorias, mas ao processo de produção do humano, do ser trabalhador, de sua forma de estar e viver no mundo e vem se aprimorando nessa pretensão até os dias atuais.

Portanto, é preciso reconhecer o papel do trabalho nesse processo de produção do ser trabalhador, o que para Antunes (2005, p. 168), seria primordial, já que o trabalho é “[...] um momento efetivo de colocação de finalidades humanas, dotado de intrínseca dimensão teleológica. E, como tal, mostra-se como uma experiência elementar da vida cotidiana, nas respostas que oferece aos carecimentos e às necessidades sociais [...]”.

Essa formação social do ser trabalhador perpassa pela história da criação do mundo, da sociedade, do sentido da cidadania e da forma como cada civilização constituiu e construiu essa realidade. No Brasil, esses movimentos sociais tiveram maior impacto a partir do início do Século XX, quando a economia agro-exportadora dominou a política, a sociedade e os rumos da construção de um modelo de saúde.

2.1 RELAÇÕES ENTRE A PRODUÇÃO ECONÔMICA E O SETOR SAÚDE NO BRASIL NO INÍCIO DO SÉCULO XX

O setor saúde no Brasil, desde o início do Século XX, vem sendo construído através de propostas políticas e sistemas campanhistas, preventivistas e médico-assistencialistas, e ao se analisar o contexto histórico e político, observa-se que na realidade, essa construção tornou-se um ato contínuo nos planos de governo, gerando uma situação atual de existência ou de coexistência de vários sistemas de saúde no Brasil. Para analisar essa situação, faz-se necessário entender a forma como a sociedade brasileira se organizava economicamente naquela época.

O Brasil, no início do Século XX, possuía uma economia baseada na agricultura, que tinha o café como seu principal produto de exportação. Para que a economia pudesse expandir-se, fazia-se necessário que as áreas de escoamento do produto, nesse caso os portos, possuíssem condições sanitárias adequadas, evitando o adoecimento dos trabalhadores portuários e marítimos. Portanto, observa-se que o trabalho, como meio de subsistência do homem; e a saúde, como meio de manutenção da vida, iniciaram um percurso histórico pautados na necessidade econômica do país.

Para que as atividades de saneamento e combate às epidemias fossem realizadas, o presidente Rodrigues Alves designou Oswaldo Cruz, médico sanitário, para sanear a cidade do Rio de Janeiro, então capital do país. Este encontrou grande resistência por parte da população, pois o modelo de campanhas sanitárias adotado por ele, inspirado no modo de fazer dos militares, era considerado agressivo e

repressivo pela sociedade da época e muitas pessoas eram contra a vacinação para o combate à febre amarela.

A respeito dessa resistência da população, Carvalho (2004, p. 75), descreve que “A oposição à vacina apresentou aspectos moralistas [...] espalhou-se, no entanto, a notícia de que os médicos do governo visitariam as famílias para aplicá-la nas coxas, ou mesmo nádegas das mulheres e filhas dos operários”. Segundo o autor, esse ato constituía, para o trabalhador, uma violação do lar e o Estado não teria o direito de ofender a honra de um chefe de família.

A situação de calamidade que Oswaldo Cruz encontrou quando assumiu a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro, assemelhava-se às epidemias que já haviam ocorrido na Europa, nos Séculos XIV e XVI, dizimando milhares de pessoas, vítimas de varíola, cólera, peste negra ou bubônica entre outras, em uma época em que o conhecimento da microbiologia era escasso.

Segundo Carvalho (2004), a cidade era conhecida pelas freqüentes epidemias e tinha um precário serviço de esgoto e abastecimento de água, o que levou o prefeito Pereira Passos a dar início, em 1902, a uma reforma urbanística e higiênica na cidade como forma de intervenção. O Rio de Janeiro naquela época era considerado uma fábrica de doenças; e a febre amarela e a varíola, em especial, tiravam o sono das autoridades e a vida da população.

Essa intervenção do Estado na saúde pública passa a acontecer como mecanismo de manutenção ou proteção à economia nacional. Essa estratégia mais geral tinha como objetivo impedir também, o adoecimento e morte dos trabalhadores especializados, que imigravam para trabalhar no Brasil e chegavam através dos portos. Segundo Dallari (2005, p.1), “[...] o empresário não queria investir sozinho, pagar pela saúde do trabalhador, mas ele podia fazer com que o Estado pagasse pela saúde do trabalhador, pela manutenção de sua mão-de-obra [...] convencionou-se que o Estado seria o órgão, a instituição adequada para garantir a saúde do trabalhador [...]”.

O Rio de Janeiro da época era uma das maiores cidades do Brasil, com cerca de 800 mil habitantes. Era também a capital do país que produzia mais de dois terços do café comercializado no mundo e que buscava atrair imigrantes para trabalhar nas lavouras do produto, carro-chefe da economia nacional. Desse modo, os cafeicultores davam as cartas no cenário político e eram a base de sustentação do presidente da época, Rodrigues Alves, ligado ao Partido Republicano Paulista (CHIOZZINE, 2005, p. 1).

Portanto, para prover a saúde dos trabalhadores, o Estado passou então a gerenciar um modelo de assistência voltada para o coletivo, como o controle de epidemias e obras de saneamento, cabendo ao setor privado as ações individuais. Conforme relata Guimarães (apud ANDRADE; SOARES E CORDONI JUNIOR, 2001, p. 28), “[...] as ações individuais eram eminentemente privadas e [...] a assistência aos que não podiam custeá-la, considerados indigentes, era praticada por entidades de caridade (geralmente as Santas Casas de Misericórdia)”.

Os interesses econômicos e culturais do início do Século XX tornaram, por vezes, o trabalho dos profissionais de saúde, um campo de disputas e conquistas árduas, visto que além dos interesses dos empresários junto ao Estado de protegerem o ‘patrimônio’ (no qual se incluía o trabalhador saudável), muitas vezes enfrentavam a revolta da população, que ainda não detinha as informações necessárias sobre os procedimentos realizados, ou não acreditava que mosquitos, pulgas e outros vetores fossem capazes de causar tantas doenças. Aliado a esse desconhecimento, não se pode esquecer da diversidade cultural de um país como o Brasil, pois já nesta época contávamos com rituais e promessas divinas de cura em uma arena disputada pelo catolicismo, protestantismo e curandeirismo dos nossos índios e dos descendentes do povo africano vindo para o Brasil em regime de escravatura:

Conforme Chalhoub, de acordo com as tradições africanas, a varíola era vista como algo que servia para purificar a comunidade e havia rituais de variolização (prática que gera formas mais brandas da doença e pode levar à imunização). Em um contexto em que 60% dos escravos do Rio de Janeiro eram africanos, o choque cultural era inevitável. Desse modo, ele define a Revolta da Vacina como uma falta de comunicação trágica: ‘A medicina ocidental não buscou entender os motivos e os entendimentos culturais dos outros sujeitos e entrou com a arrogância científica para impor uma determinada prática’ (CHIOZZINE, 2005, p. 1).

Na economia, o liberalismo deixou de ser liberal pela ação dos próprios liberais, pois, interessados na manutenção da sua filosofia, buscaram a presença do Estado para que fosse garantida a saúde dos seus empregados, abrindo assim caminhos para

essa intervenção, através da qual o Estado começa a participar diretamente da vida social.

O empresário não queria investir sozinho, pagar pela saúde do trabalhador, mas ele podia fazer com que o Estado pagasse pela saúde do trabalhador, pela manutenção de sua mão-de-obra. Além disso, o próprio trabalhador estava reivindicando a garantia de sua saúde (DALLARI, 2005, p.1).

A intervenção do Estado na área da saúde ao longo da história apresentou processos de idas e vindas, verdadeiros campos de negociação, que poderão ser acompanhados através da revisão histórica desse tema tratado no decorrer deste estudo.

2.2 SAÚDE PARA O TRABALHADOR NO PROJETO POLÍTICO E ECONÔMICO DO BRASIL INDUSTRIAL

As questões relacionadas à cultura e a valores podem direcionar as ações de políticas de saúde, como exemplifica Mendes (2001), quando relata que até a metade do Século XX, países vizinhos como os Estados Unidos e o Canadá possuíam sistemas de saúde semelhantes, e por alguma razão, nos Estados Unidos foi consolidado um sistema segmentado e no Canadá, foi instituído um sistema público universal. E o mesmo autor demonstra que:

[...] o que provê sentido de direção às reformas sanitárias são os valores, entendidos como os sistemas de crenças que vigem numa sociedade, em determinado tempo. A estabilidade dos sistemas sociais complexos e, em particular, dos sistemas de serviços de saúde, resulta da coerência entre os valores sociais e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas (MENDES, 2001, p. 36).

Portanto, na dependência das questões ideológicas para a estruturação dos serviços de saúde, ora dependentes do Estado, ora voltados para a prática individualista, contemplamos movimentos solidários mesclados com movimentos mercadológicos capitalistas nas sociedades democráticas, o que parece facilitar a permanência dos sistemas de saúde fragmentados.

No Brasil, observa-se que a construção do modelo de saúde no início do Século XX, baseado no sanitário campanhista de Oswaldo Cruz, que perduraria até a metade de 1960, só foi possível devido à iniciativa do governo, com o objetivo claro de defesa da economia. Mas, que tipo de valores movia a sociedade daquela época? Era uma sociedade sustentada por uma economia agroexportadora, centrada na monocultura cafeeira e que exigiu, do governo, uma política de saneamento dos espaços de exportação e a erradicação de qualquer doença que pudesse prejudicar as atividades de exportação (MENDES, 2001).

A pressão exercida pelos exportadores sobre o Estado, a respeito da saúde do trabalhador como meio de manutenção da economia, e o Estado exercendo esse papel, leva-nos a questionar: que espaço concreto ocupava esse trabalhador neste campo de negociação? A manutenção da economia para o Estado superava a importância de reconhecer os direitos do indivíduo em relação ao indivíduo trabalhador?

De acordo com Hall e Godelier (apud RODRIGUES, 1996), as formas como os indivíduos se apropriam dos espaços podem ser visíveis, mas muitas vezes poderá se dar através de atitudes e comportamentos sutis. A conquista de espaços ou territórios de atuação poderá ser concretizada através não só da posse desses, mas principalmente através do uso e defesa dos espaços que interessam a esse indivíduo.

A idéia do trabalhador como sujeito de defesa de sua própria saúde surgiu mais tarde, porque no início do Século XX, ele era o sujeito passivo desta arena de disputas de interesses econômicos. O interesse da classe dominante agro-exportadora era a manutenção do seu espaço de poder e de influência na política do país.

A essa manutenção do poder, Dallari e Ventura (2002, p. 56, grifo nosso) relatam que o Estado do Bem-Estar Social da segunda metade do Século XX, “[...] reforça a lógica econômica, especialmente em decorrência da evidente **interdependência entre as condições de saúde e de trabalho**, responsabilizando-se pela

implementação da prevenção sanitária”. Relatam ainda, que no início do Século XX, foi instaurada a proteção sanitária como política de governo.

No decorrer dessa discussão sobre a evolução histórica das políticas do setor saúde no Brasil; vários autores, como Mendes (2001), Andrade, Soares e Cordonni Junior (2001), Arouca (2003) e Carvalho (2004), detalham de forma didática os modelos que foram se sucedendo ao sanitarismo campanhista de Oswaldo Cruz, mas é Dallari e Ventura (2002, p. 56), que fazem uma abordagem, envolvendo os direitos dos trabalhadores e a presença do Estado, quando relatam que são instituídos os sistemas de previdência social:

[...] que não se limitam a cuidar dos doentes, mas organizam a prevenção sanitária. A princípio, pressupunham uma diferenciação entre assistência social destinada às classes mais desfavorecidas e baseada no princípio de solidariedade e, portanto, financiada por fundos públicos estatais e previdência social, mecanismo assecuratório restrito aos trabalhadores. Entretanto, exatamente porque a prevenção sanitária era um dos objetivos do desenvolvimento do Estado, logo se esclarece o conceito de seguridade social, que engloba os subsistemas de assistência, previdência e saúde públicas. Trata-se, portanto, de identificar a responsabilidade *a priori* do Estado. Assim, quanto aos estilos de vida, verifica-se um grande investimento estatal.

A assistência à saúde do trabalhador permeou toda a construção do setor saúde, como se observa através da Lei Elói Chaves, de 1923, que cria, inicialmente nas empresas de estrada de ferro, uma caixa de aposentadoria e pensões (CAPs), destinadas aos ferroviários, que seria mais tarde expandida aos marítimos e portuários. Essas CAPs concederiam aos trabalhadores e a seus dependentes, entre os principais benefícios: aposentadorias, pensões, assistência médica e farmacêutica. É interessante observar que esse tipo de assistência era organizado pelas empresas e administradas e financiadas pelos empregados e empregadores.

A partir de 1930, com as mudanças ocorridas no cenário político nacional, o Estado, devido à ditadura imposta de Getúlio Vargas, passa a ter um forte papel interventor sobre a sociedade, quando a economia brasileira desloca-se do eixo agroexportador para o modelo industrial, ocorrendo um grande êxodo rural e um crescimento desordenado dos centros urbanos.

Novamente, nota-se que neste espaço de conflitos e negociações encontrava-se o indivíduo trabalhador. Nesse palco de negociações entre o público e o privado, quem assiste a quem, sob que tutela?

Embora o país passasse por profundas mudanças políticas e econômicas, houve nesse período grandes conquistas para os trabalhadores, como: a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para cada categoria de trabalhadores; do Ministério do Trabalho e do Ministério da Educação e Saúde para cuidar das ações coletivas. Todas essas ações estavam voltadas para o trabalhador, pilar do novo projeto político e econômico, ou seja, o processo de industrialização do país. Porém, segundo Andrade, Soares e Cordoni Junior (2001, p. 31 ; grifo nosso), “[...] A assistência à população **não-vinculada ao mercado formal do trabalho** continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade [...]”.

Os grandes acontecimentos mundiais afetaram a economia de vários países, e o Brasil também não ficou imune aos efeitos do período pós-guerra (1945-1966), como o desemprego e a deterioração das condições sociais. Nota-se nesse período, que devido à aceleração do processo de industrialização e urbanização, o trabalhador passou a atuar como sujeito de pressão para a garantia de assistência à sua saúde. Porém, essa prática gerou uma crise no sistema previdenciário, devido ao aumento dos benefícios aos assalariados sem o crescimento da receita, consumindo recursos cada vez mais significativos.

Não se pode esquecer que nesse período a saúde era financiada pelos empregados, empregadores e pelo Estado, porém os recursos eram centralizados pelo Estado, transportando na realidade, uma estrutura que era da sociedade civil para o interior da administração pública. Carr et all (apud RODRIGUES, 1996, p. 225) descrevem que “[...] a maneira como determinada sociedade, faz uso dos espaços é única, pois as formas concretas e simbólicas de apropriação do espaço variam com fatores como cultura, tecnologia e linguagem”. Pode-se afirmar, portanto que a ocupação desses espaços pela estrutura do Estado assentida pela população visava à concretização do processo de industrialização e modernização do Brasil. Mas, que espaços de negociação e poder esses trabalhadores detinham?

Segundo Bordieu (apud RODRIGUES, 1996, p. 225), o espaço social pode ser dividido entre classes e identidade e neste espaço “[...] os agentes são definidos pela sua posição hierárquica neste campo de forças, segundo a posse dos poderes que são mais ou menos importantes em situações específicas, mas afetam a todos que ali entram”. O que deixa claro, que esta arena de disputa era composta de vários atores, que se personificavam em posições denominadas Estado, empregadores e empregados. O mesmo autor ainda conclui que “[...] a dinâmica da disputa pode ser predominantemente temporal e muda não só com a qualidade dos valores que entram em jogo no campo, mas também com a hierarquia dos agentes segundo as representações sociais próprias deste campo”.

A partir de 1970, intensificaram-se as transformações no processo produtivo, que afetaram fortemente a classe trabalhadora e o movimento sindical. A classe trabalhadora fragmentada tornou-se qualificada em vários setores, mas desqualificou-se em vários outros, reduzindo-se ou extinguindo-se determinadas funções em indústrias, como a automobilística e a naval. O desemprego estrutural atingiu uma massa de trabalhadores desqualificados e precarizados. Segundo Antunes (2005, p. 192), esse desemprego “[...] atinge o mundo em escala global e se constitui no exemplo mais evidente do caráter destrutivo e nefasto do capitalismo contemporâneo [...]”, embora venha ocorrendo de forma particular em cada país.

2.3 MUDANÇAS SOCIAIS E A REFORMA SANITÁRIA

Segundo Carvalho (2004, p. 9), “[...] tornou-se costume desdobrar a cidadania em direitos civis, políticos e sociais. O cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos três direitos”. Ainda segundo o mesmo autor, na Inglaterra os direitos civis surgiram no Século XVIII; os direitos políticos, no Século XIX; e finalmente no Século XX, os direitos sociais. Essa cronologia representa a lógica como os ingleses lutaram pelos seus direitos.

No Brasil, os direitos sociais foram adquiridos antes dos outros, mudando a lógica da natureza da cidadania brasileira, quando comparada à da Inglaterra, porque as

peças se tornam cidadãos à medida que passam a se sentir parte de uma nação e de um Estado. A forma de se apropriar dessa cidadania está diretamente relacionada à forma como ela foi conquistada, ativa ou passivamente.

Ao iniciar essa busca da cidadania que pode, no Brasil, ser lembrada pelo movimento da reforma sanitária pós-regime militar em 1964; deve-se, como ponto de partida, lembrar da origem do Brasil como colônia, da forma negociada como se deu sua independência e das idas e vindas dos regimes políticos pós-Monarquia, alternando República, Ditadura, República, Ditadura Militar e da transição para a democracia iniciando-se o período da Nova República.

Se a cidadania está relacionada à conquista de direitos, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, contou com ampla participação popular e, segundo Andrade, Soares e Cordoni Junior (2001); dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares (cerca de 5.000 pessoas), discutiram a situação do setor saúde no país. Segundo Mendes (2001), todo o movimento que vinha sendo desenhado desde 1970, pôde finalmente encontrar um fórum de debate, um espaço onde as representações da sociedade puderam ter vez e voz, e essa Conferência foi diferente das demais devido a duas características fundamentais:

Uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados, representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde; outra, sua dinâmica processual, que se iniciou por conferências municipais, depois estaduais e até chegar ao âmbito nacional (MENDES, 2001, T I, p. 95).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu vários princípios como: a participação da população e dos trabalhadores nos processos decisórios da saúde, a equidade, a descentralização e a universalização significando igualdade de acesso aos serviços, além de propiciar o início dos trabalhos técnicos que foram desenvolvidos para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da nova Constituição Federal. O SUDS já trazia em suas bases o pensamento da Reforma Sanitária que apontava para a elaboração de um Sistema Único de Saúde (SUS), e embora tenha sido mais um passo na direção da construção do SUS, não provocou mudanças radicais nos serviços e modelos

existentes. Na realidade, devido ao momento político que o país atravessava, não conseguiu promover a efetiva descentralização administrativa para os municípios, além de não ter garantido a participação popular como fator importante para a garantia das reformas propostas (MENDES, 2001).

A Constituição Federal de 1988 alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas do governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao SUS, regulamentado através da lei 8.080/90 que propiciou o resgate da intervenção do setor saúde no espaço do trabalho, espaço esse que fora assumido em 1930 pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Nesse panorama o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b, p. 18) dispõe que:

“[...] as políticas de governo para a área de saúde do trabalhador devem definir as atribuições e competências dos diversos setores envolvidos, incluindo as políticas econômicas, da indústria, do comércio, da agricultura, da ciência e da tecnologia [...] entre outras. Também devem estar articuladas as estruturas organizadas da sociedade civil, por meio de formas de atuação sistemáticas e organizadas que resultem na garantia de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores.”

Porém, observa-se que, a partir da década de 1990, devido ao processo de reestruturação produtiva, vem ocorrendo a incorporação de novas tecnologias, de métodos gerenciais e da precarização do trabalho, que vem distorcendo os direitos trabalhistas e sociais, aumentando o número de trabalhadores autônomos e subempregados, além de propiciar a fragilização das estruturas dos sindicatos e das ações de resistência coletiva dos trabalhadores. Essas mudanças geram instabilidade e intensificação do trabalho e vêm modificando o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, segundo estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b).

Segundo dados atuais da Organização Internacional do Trabalho (OIT), mais de 1 bilhão de trabalhadores encontram-se precarizados, subempregados ou desempregados em uma fase denominada de reestruturação produtiva do capital.

Antunes (2005), descreve que na década de 1980 no Brasil, o ABC paulista tinha cerca de 240 mil operários e hoje, tem cerca de 120 mil; Campinas, 70 mil e hoje, possui uma média de 37 mil e, por fim, a Volkswagen que comportava cerca de 40 mil operários, hoje trabalha com 20 mil, em uma lógica do capital que produz mais, cada vez com um número menor de operários.

Outra lógica observada atualmente, principalmente com a expansão de trabalho em regime de tempo parcial, é o aumento expressivo da força de trabalho feminino, sendo predominante em vários setores, não só naqueles de exploração de trabalhos manuais. Antunes (2005), descreve que essa não é a única tendência observada na atualidade, há ainda de se considerar os jovens que concluem seus estudos sem terem garantido espaço no mercado de trabalho; além dos adultos, a partir dos 40 anos, que uma vez desempregados partem para o trabalho informal e parcial. A intensificação do tempo e do ritmo do trabalho é, portanto a retomada de níveis explosivos de exploração do trabalho, segundo o autor (2005, p. 204), “[...] vale lembrar que a jornada pode até reduzir-se, enquanto o ritmo se intensifica [...] gerando uma maior intensidade, uma maior exploração da força humana que trabalha [...]”.

Portanto, proceder a uma revisão bibliográfica a respeito da história do trabalho, do trabalhador e da representação desses temas na construção do sistema de saúde de um país não é tarefa fácil, principalmente devido à diversidade de caminhos que se apresentam em relação ao tema proposto.

Nas obras dos autores consultados neste estudo, fica claro que a construção da saúde pública no Brasil teve início numa época politicamente conturbada, durante a passagem de um regime monárquico para um republicano, com uma herança colonial e de uma forma de exploração do trabalho escravo (abolido somente em 1888).

O país encontrava-se em meio a mudanças políticas e sociais e os direitos à cidadania começavam a ser questionados pela população operária, influenciada

pelos imigrantes europeus. Os operários lutaram por uma legislação trabalhista que só se consolidou em 1943, no governo de Getúlio Vargas.

O que certamente fica demonstrado por vários autores é que o trabalhador ocupou um importante papel na busca da cidadania completa. O direito a uma legislação trabalhista, ao voto, à assistência à saúde foram conquistas que se deram lentamente na arena política do Brasil. Nesta linha de pensamento Arendt (apud LAZZARATO e NEGRI, 2001, p. 82) descreve que “[...] a principal diferença entre trabalho servil e trabalho moderno, livre, não consiste no fato de que os trabalhadores modernos dispõem de uma liberdade pessoal [...], mas no fato de que são admitidos na esfera pública e plenamente emancipados como cidadãos”.

É preciso entender que assim como a saúde, os direitos do trabalhador foram e continuam sendo conquistados. Se analisarmos só o campo dos direitos sociais que, segundo Carvalho (2004), garantiria o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde e à aposentadoria, perceberemos que foram conquistas que dependeram, para sua concretização, de condições de negociação favoráveis no cenário político e econômico do país.

As experiências vivenciadas pela classe operária no início do Século XX, certamente formaram um contingente de cidadãos trabalhadores diferenciados dos demais na busca da cidadania. Essas conquistas dos direitos trabalhistas se deram no mundo inteiro e, certamente, a cultura e os valores de cada país influenciaram na condução do processo do trabalho e na conquista dos direitos à saúde e à dignidade humana.

Não se pode generalizar o processo de construção da cidadania como sendo universal, até porque, historicamente, aconteceu em momentos diferentes, foi influenciado por pensadores distintos e com os ideais de cada época. Por isso, segundo Carvalho (2004, p. 12), “[...] quando falamos de um cidadão inglês, ou norte-americano, e de um cidadão brasileiro, não estamos falando da mesma coisa”.

Nesse mesmo princípio de contextualização social da cidadania, Coelho e Almeida Filho (2002, p. 328), afirmam sobre a saúde que “um indicador de saúde postulado

pela ciência como universal e presente em todos os indivíduos de todas as culturas pode não ser considerado como signo de saúde”. E que um indivíduo poderá não compartilhar de um indicador determinado por uma certa sociedade, se este não corresponder à sua concepção sobre saúde.

A saúde foi conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, mesmo longe de ser uma realidade:

[...] simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Remete à idéia de uma ‘saúde ótima’, possivelmente inatingível e utópica já que a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida. Saúde não é um ‘estado estável’, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação (BRASIL, 1997, p. 65).

E ainda segundo Dallari (2005, p. 1), a saúde no Brasil poderia ser assim analisada:

[...] a saúde é um dos direitos humanos do povo brasileiro. Como garantir o direito à saúde do povo brasileiro? Nós ouvimos que a saúde é um direito complexo, envolve o direito a completo bem-estar físico, o direito ao completo bem-estar social e o direito a não ficar doente. Isso significa, portanto, que o direito à alimentação é um direito envolvido no direito à saúde, porque eu preciso estar fisicamente bem. Assim como o direito ao abrigo está envolvido no conceito de saúde. A proteção contra o “stress” e a segurança no trabalho também são aspectos do direito à saúde porque, se saúde é o completo bem-estar mental, eu preciso ter segurança, não só a segurança do trabalho de que eu não vou ser mandado embora amanhã.

Este estudo não tem o propósito de esgotar o assunto, até porque a construção de uma sociedade, de um povo e de uma classe trabalhadora, não se encerra por si só. As conquistas alcançadas, as mantidas no presente e aquilo que se almeja para o futuro da cidadania do trabalhador é inconstante e incerto, assim como o futuro político do nosso país, como afirmam Cardoso e Gomes (2000, p. 500), “A discussão a respeito das ambigüidades da História tem uma história sem fim. Como dar contornos definitivos a um campo do saber que se volta para o passado, a partir do presente, mas que almeja alcançar o futuro? [...]”.

Capítulo III:

Políticas de saúde do trabalhador

Na proposta da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, pólo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças, e lócus de pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência[...] O processo de preparação da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST) constitui uma oportunidade privilegiada de reflexão sobre a instituição do campo da Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e, em particular, para discussão da atenção integral aos trabalhadores, com base na estratégia da RENAST (DIAS; HOEFEL, 2005)

3 POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil, a saúde do trabalhador, enquanto movimento, toma forma no final de 1970, preconizando o direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores na organização e gestão dos processos produtivos e a assistência integral à saúde. O movimento da Reforma Sanitária na Itália, que evidenciou as condições de trabalho que causavam doenças e a necessidade de mudá-las, teve grande influência sobre este movimento no Brasil (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Nesse mesmo ano, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que marca politicamente o campo da saúde do operário. As questões relacionadas à saúde do trabalhador voltam a ganhar destaque político com a promulgação da Constituição Federal em 1988, e em 1990, através da promulgação da lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), que define e atribui ao SUS a coordenação das ações de saúde no país.

Embora consolidada sob o plano de vista legal e institucional, a saúde do trabalhador ainda teria um longo caminho pela frente, principalmente quanto ao cumprimento da lei e à inserção das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. A atenção à saúde do trabalhador era até então, atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, ocorrendo com a Constituição Federal, uma superposição de algumas atribuições.

De acordo com Dias e Hoefel (2005, p. 819), apesar do Ministério da Saúde ter incorporado formalmente a Saúde do Trabalhador em seu organograma e em suas práticas,

[...] a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. Ao longo desses 15 anos, a Saúde do Trabalhador tem sido colocada ora no âmbito da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente.

Apesar das dificuldades inerentes ao processo de consolidação das ações de saúde no país, o Ministério da Saúde, em 1991, lança a primeira proposta de um plano de

trabalho na área de saúde do trabalhador no SUS, através da organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Em 1994 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em um palco de disputas entre a garantia de espaços do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador, nos anos de 1990 realizou capacitação técnica para ações de Vigilância e de Atenção Básica, além da elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), da lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, do Manual de Procedimentos para orientar a rede de serviços de saúde, do desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador e em 2001 apresentou uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

Dias e Hoefel (2005, p. 820), analisam que, mesmo depois de 15 anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), o SUS “[...] ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o ‘trabalho’ ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental”.

Em 2002, foi criada através da Portaria 1.679, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que apesar das críticas, foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CRST e setores de movimentos dos trabalhadores. A partir de 2003, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador priorizou a implementação da RENAST como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (DIAS;HOEFEL, 2005).

A preparação para a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST) em 2005, constituiu-se em uma oportunidade de participação popular através das etapas municipais e estaduais da Conferência para a discussão e apreciação nacional das ações integrais a saúde do trabalhador.

Entre os usuários do sistema de saúde pública estão os trabalhadores e a RENAST vem apresentando uma proposta de qualificação dessa atenção, para que o trabalhador, enquanto cidadão, independente do seu agravo estar ou não relacionado ao trabalho possa ser adequadamente assistido. A Atenção Básica por se constituir como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, é considerada por Dias e Hoefel (2005, p. 824), “[...] como a melhor estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar a equidade”.

3.1 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR

Na perspectiva da Saúde do Trabalhador, a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações de assistência, de vigilância e de promoção da saúde no SUS. Tendo como eixo os CRSTs, a RENAST, nos níveis de gestão nacional, estadual e municipal, integra e articula as linhas da atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial, além da assistência pré e intra-hospitalar.

A RENAST também prevê a organização da *rede sentinela* de notificação, termo este, que é utilizado segundo Dias e Hoefel (2005), para nomear a rede de serviços assistenciais de retaguarda, de média e alta complexidade, organizada de modo a garantir a geração de informação e a viabilização da vigilância da saúde.

Os princípios e diretrizes norteadores da RENAST coincidem com aqueles traçados para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador¹ e se baseiam na atenção integral à saúde, na articulação inter e intra-setorial, na informação, no apoio aos estudos e à pesquisa e na participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador.

Observa-se na atualidade uma fragmentação e superposição de ações desenvolvidas na área de saúde do trabalhador pelo Governo Federal, sendo

¹ PNST, 2004

restringidas principalmente aos aspectos econômicos, em detrimento dos aspectos sociais, como a saúde e o meio ambiente.

Atualmente, a saúde do trabalhador é campo de atuação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Ministério da Saúde (MS). O papel que cada um representa e as realizações específicas dão conta de que o campo da saúde do trabalhador possui no fundamento de suas ações uma articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 c), o MTE realiza a inspeção e fiscalização das condições e ambientes de trabalho, fundamentando-se no Capítulo V da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O MPAS realiza a perícia médica, a reabilitação profissional e o pagamento de benefícios dos trabalhadores assalariados e com carteira de trabalho assinada. E por fim, o MS a partir da Constituição Federal de 1988, que regulamentou o Direito à Saúde, contemplou em seu Art. 200 a competência do SUS na execução das ações no campo da saúde do trabalhador. A Lei nº 8080/90, que regulamentou o SUS, considera então que o trabalho é um importante fator determinante e condicionante da saúde, recomendando inclusive que as ações de saúde do trabalhador sigam os princípios gerais do SUS, para que, assim como já ocorre com a saúde da mulher e da criança, seja utilizada a rede assistencial, entendida como os serviços básicos, secundários, terciários, contratados e conveniados com o intuito de reverter a exclusão da assistência nesse campo.

Buscando a superação desses problemas e para definir e orientar as diretrizes e responsabilidades institucionais, além dos mecanismos de financiamento e gestão nessa área, o Governo Federal propôs em 2004 a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST).

A PNSST, além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores de Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade (BRASIL, 2004).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR

A proposta de construção da PNSST surgiu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, fosse realizado em condições que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida, para a realização pessoal e social dos trabalhadores, incluindo a garantia de sua saúde e integridade física e mental (PAVAN, 2004).

Segundo Pavan (2004), “atualmente as ações governamentais em segurança e saúde do trabalhador contemplam apenas os trabalhadores registrados em carteira e, principalmente, na área urbana”.

Apenas os segurados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), os trabalhadores com carteira assinada, são atendidos. A PNSST considera em suas finalidades todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia (BERZOINI; PAVAN, 2005).

Segundo o Ministério do Trabalho², a População Economicamente Ativa (PEA) é composta por indivíduos maiores de 16 anos, que é a idade mínima admitida para o trabalho e segundo o IBGE³, a PEA compreende:

o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada, assim definidas: população ocupada - aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias).

O IBGE (2002), estimou a PEA em 82.902.480 pessoas, sendo 75.471.556 consideradas ocupadas. Nessa estimativa foram considerados os empregados com carteira assinada, sem carteira assinada, empregados domésticos, trabalhadores por conta-própria, empregadores e trabalhadores não-remunerados. Desses trabalhadores, somente 22.903.311 possuíam carteira assinada, cobertura da

² Disponível em <http://www.mte.gov.br/trabalhador/qualprof/antigo/conteudo/conhecemetas.asp>

³ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme>

legislação trabalhista (CLT) e do Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT), representando apenas 27,6% da PEA (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos trabalhadores e sua situação no mercado de trabalho, Brasil, 2002.

Dados populacionais e de mercado de trabalho	
População Residente	171.667.536
Homens	83.720.199
Mulheres	87.947.337
População Economicamente Ativa*	82.902.480
Ocupados	75.471.556
Desocupados	7.430.924
População Ocupada *	75.471.556
Empregados	41.755.449
Com carteira	22.903.311
Militares e Estatutários	4.991.101
Outros (inclui sem declaração)	13.861.037
Trabalhadores domésticos	5.833.448
Com carteira	1.556.369
Sem carteira	4.275.881
Sem declaração	1.198
Conta-própria	17.224.328
Empregadores	3.317.084
Não remunerados	4.334.387
Trabalhadores na produção para próprio consumo e Construção para próprio uso	3.006.860

Fonte: PNAD 2002

*Com 16 anos ou mais

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil é condicionado por vários fatores, coexistindo situações que variam entre agravos que possuem relação com condições de trabalho específicas (acidentes e doenças profissionais), doenças relacionadas ao trabalho e doenças comuns ao conjunto da população (BRASIL, 2004).

No Brasil, a principal dificuldade para a definição das prioridades, do planejamento, da implantação e implementação de políticas públicas está centrada na escassez e na inconsistência das informações sobre a realidade da saúde dos trabalhadores. As

informações que se encontram disponíveis são referentes aos trabalhadores empregados e cobertos pelo SAT, que totalizam aproximadamente um terço da PEA.

A comparação do Brasil com países como a Finlândia, França, Canadá e Espanha, demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho é cerca de duas a cinco vezes maior para o trabalhador brasileiro.

A Constituição Federal de 1988 atribuiu ao SUS em seus artigos 196 a 200, as ações de Saúde do Trabalhador, garantidas através de políticas sociais e econômicas que visassem a reduzir o risco de doenças e outros agravos, além de serviços para promover, proteger e recuperar a saúde. Em particular, observa-se o art. 200 que propõe a execução de ações de saúde do trabalhador e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2004).

A Constituição Federal também estabeleceu um conceito ampliado de saúde, incluindo entre seus determinantes, as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego (DIAS; HOEFEL, 2005).

Cabe à União legislar sobre o Direito do Trabalhador, porém os Estados e Municípios podem editar em caráter suplementar, normas de proteção e defesa à saúde do trabalhador.

As diretrizes e estratégias propostas na PNSST estabelecem objetivos comuns e priorizados que implicarão o desencadeamento de ações baseadas em um plano de trabalho e instrumentos para sua própria execução. É importante ressaltar a ampliação das ações de segurança e saúde do trabalhador, harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação à saúde do trabalhador, priorização das ações de prevenção, estruturação de rede integrada de informações, reestruturação da formação em saúde do trabalhador e promoção da agenda integrada de estudos e pesquisas (BRASIL, 2004).

O Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador (GEISAT) composto no mínimo por representantes do Ministério do Trabalho e Emprego

(MTE), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (MPAS) será responsável pela gestão da PNSST, pela elaboração do Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador e pela coordenação e implementação das ações.

Caberá a cada Ministério, a implantação e implementação da PNSST, respeitados os limites de suas competências. Ao Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS, caberá (BRASIL, 2004, grifo nosso):

- a) *Coordenar, no âmbito do SUS, as ações decorrentes desta Política e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na sua execução.*
- b) *Apoiar o funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST).*
- c) *Definir mecanismos de financiamento das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.*
- d) ***Implantar e acompanhar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, como estratégia privilegiada para as ações previstas nesta Política.***
- e) ***Definir, em conjunto com estados e municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações.***
- f) *Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.*
- g) ***Facilitar a incorporação das ações e procedimentos de saúde do trabalhador nos procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.***
- h) ***Promover a incorporação das ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade.***
- i) *Organizar e apoiar a operacionalização da rede de informações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.*
- j) *Promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional.*

l) Fomentar a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho considerados como de notificação de interesse da Saúde Pública.

m) Definir e promover a implementação de estratégias voltadas à formação e à capacitação de recursos humanos do SUS nesta área.

n) Implementar a rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental.

Ressalta-se na responsabilidade do Ministério da Saúde quanto ao SUS, as alíneas a,h e em particular a alínea d, que versa sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST)⁴, como estratégia privilegiada para as ações da PNSST.

Considerando entre outras, a necessidade de articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, o Ministro da Saúde Barjas Negri em 2002, resolveu:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENASt, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único - Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENASt, composta por integrantes das Assessorias Técnicas de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde.

Observa-se nos artigos subseqüentes da Portaria nº 1.679/2002, que o Programa de Saúde da Família (PSF), instituído pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia de governo para reorganização do modelo de assistência à saúde, participaria das ações de atenção à saúde do trabalhador e que os membros de suas equipes seriam capacitados para a execução dessas ações.

Art.3º Definir que, para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas:

- I. Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF).
- II. Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST)
- III. Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

⁴ Portaria nº 1.679, publicada no DOU nº 183 – Seção 1, Sexta-feira, 20 de setembro de 2002

Art. 4º Definir que as Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico da Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/MS.

Nas diretrizes e estratégias da PNSST, item V - Reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança do trabalho [...], observa-se esse mesmo cuidado para garantir estratégias de mudanças das referências curriculares para a formação de profissionais de nível técnico e superior em saúde e segurança do trabalho (SST), em especial nas áreas de saúde, engenharia e administração.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) foram estabelecidos pela Portaria 1.679/2002, como Estadual e Regional, segundo suas atribuições, complexidades e crescimento populacional, porém os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador já existentes, assim como os novos, deveriam ser cadastrados e habilitados e teriam que apresentar no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, o cronograma de adaptação às novas normas.

Art.6º Estabelecer que, em cada estado, serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST: Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições descritas no Anexo II desta Portaria.

Parágrafo único. Os CRST Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional.

O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador deveria ser elaborado em conjunto com os CRST, articulado com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e com a participação das instâncias de controle social do SUS; e objetivaria, entre outras diretrizes, garantir a pactuação com os gestores regionais e municipais das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

Segundo o que consta no Anexo II da Portaria 1.679/2002, os CRST Estaduais e Regionais desempenhariam um papel importante na execução, organização e

estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados pelos trabalhadores como: câncer ocupacional, problemas de saúde provocados pela radiação ionizante, problemas relacionados com o trabalho em turnos, efeitos auditivos, LER/DORT e agravos provocados pela exposição a agentes biológicos como vírus, bactérias, fungos entre outros.

Os CRST's Estaduais deverão participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Os CRST's Regionais deverão participar de igual forma, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados, além do desenvolvimento de ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros.

O Estado do Espírito Santo, com uma população de 3.201.712 habitantes (IBGE, 2002), possui 02 CRST's Regionais (em processo de implantação) e 01 CRST Estadual.

3.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Através da análise do texto “Trabalhar sim, adoecer não”⁵, observou-se que no período de 1992 a 1995 o Programa de Saúde do Trabalhador (PST) desenvolveu no município de Vitória as ações de educação, vigilância e assistência aos

⁵ Texto de apoio para a pré-conferência municipal de saúde do trabalhador em Vitória-ES, 2005 – elaborado pela Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da SEMUS/DAI/VE.

trabalhadores. Em 1996, por meio de um convênio entre o Estado e o município, esse programa foi incorporado ao CRST, que assumiu as ações de saúde do trabalhador em todo o Estado do Espírito Santo.

Através de uma proposta do Departamento de Ações Integradas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) em 2002, foram idealizadas várias ações, porém não foram realizadas em sua íntegra devido a existência de um número restrito de profissionais e por não representar naquele momento, uma prioridade da SEMUS. Outra dificuldade apontada foi a falta de profissionais qualificados para atuarem na área específica, além da inexistência de profissionais ligados à segurança do trabalho como suporte às ações propostas.

No organograma da SEMUS (ANEXO A), a Subsecretaria de Atenção à Saúde possui quatro Gerências, sendo a Gerência de Vigilância, responsável pela coordenação da saúde do trabalhador. A Representação Técnica da Saúde do Trabalhador ligada hierarquicamente à Gerência de Vigilância em Saúde, desenvolve ações, na atualidade, pontuais e focalizadas através de projetos atrelados aos setores de vigilância epidemiológica e sanitária, e sempre que possível, junto ao CRST Estadual, porém sem integração com a Atenção Primária, que se encontra vinculada à Gerência de Atenção à Saúde.

Outro ponto importante nesta análise é que os profissionais da SEMUS ainda apresentam dificuldade em compreender, de forma mais ampla, a proposta da política nacional de saúde do trabalhador no SUS e a responsabilidade do Gestor Municipal, estabelecida através das legislações pertinentes, como a CLT e as NR's.

Através da análise dos documentos que compõem os Planos de Ação dos anos de 2004, 2005 e 2006⁶ que são elaborados sempre no ano anterior ao de execução, observou-se que já em 2004, foi proposta pela representação técnica da saúde do trabalhador, a implementação das ações para identificação de agravos relacionados ao trabalho através da estruturação do fluxo de informações e notificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho no município. Foi proposta também a

⁶ Fonte: Coordenação de Saúde do Trabalhador - Planos de Ação: SEMUS, 2006.

capacitação dos médicos, enfermeiros e ACS das equipes do PSF para identificação e diagnóstico das doenças ocupacionais, em cada nível de complexidade.

No Plano de Ação de 2005, tendo como referência as ações programadas em 2004, constando a observação “**ação reprogramada para 2005**”, constou novamente na programação do setor a capacitação dos profissionais de saúde de Vitória na área da Saúde do Trabalhador, além da implementação de ações de educação em Saúde do Trabalhador.

Essas ações, programadas desde 2003, foram novamente reprogramadas para 2006, conforme dados do relatório anual do setor. Alguns empreendimentos da área de capacitação foram iniciados, mas não foram concluídos. Constam como: em fase de implementação, reprogramadas ou não-realizadas.

Alguns projetos, que foram elaborados pelo setor em parceria com o CRST, consistem em estudos das condições dos garis e coletores e a situação ocupacional do adolescente trabalhador.

As ações programadas para 2006 constam da implantação da vigilância em saúde do trabalhador através de parceria com a vigilância sanitária, do estreitamento das parcerias com a Fundacentro, Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Universidades e outras instituições. Figura também no relatório de atividades, o resgate de informações de atendimento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Como as ações de capacitação dos profissionais das equipes do PSF e UBS ainda não foram realizadas, foram novamente contempladas no Plano de Ação de 2006. Outra ação programada e não-realizada foi a capacitação dos profissionais do setor de Vigilância, que vem sendo proposta para este ano.

O desenho do organograma da SEMUS (ANEXO A), demonstra a distância entre as coordenações de Atenção Primária e a Coordenação de Saúde do Trabalhador. Outro fator que foi observado é que a partir de Janeiro de 2005, a SEMUS iniciou um novo processo de reformulação de ações devido à mudança de governo.

Com a posse do atual prefeito, novos Secretários foram designados para as Secretarias, inclusive para a SEMUS. Com a posse do novo Secretário de Saúde, todos os cargos de confiança: direção, gerências, coordenações também foram substituídos. Novas estratégias foram adotadas visando ao cumprimento do plano de governo atual. Inclusive, o organograma apresentado no ANEXO A, faz parte desta reformulação.

As informações obtidas a respeito das ações programadas para a coordenação da vigilância à saúde do trabalhador encontram-se, conforme relatórios descritos acima, reprogramadas por 04 anos consecutivos.

A saída de profissionais que ocupavam os cargos de referências técnicas é outro fator que desestabiliza o setor, o qual se encontra atualmente sem referência técnica. O rodízio de profissionais, quer seja por término de contrato, nomeação, exoneração ou pedido de demissão, tem gerado um constante (re) início de atividades.

Essa desestabilização do setor pelos fatores descritos acima aumenta a distância entre as ações programadas pelo corpo técnico da SEMUS e os profissionais que realizam as atividades de assistência nas UBS e USF, refletindo diretamente na assistência aos usuários que utilizam os serviços de saúde do município. A falta de capacitação dos profissionais das equipes do PSF para as ações de assistência à saúde do adulto trabalhador; não só no diagnóstico das doenças ocupacionais, mas também em relação aos agravos a que estão sujeitos estes cidadãos, é percebida nos relatos dos profissionais das USF, que desconhecem a existência de uma política pública para a assistência a esse usuário. Se existe, qual seria essa (co) responsabilidade?

A USF teria ou não formas de intervir nesta assistência? E ainda, a falta de capacitação, de formação e de atualização gera por parte dos profissionais uma resistência a qualquer tipo de ação que venha a contemplar esses usuários, uma vez que os mesmos não fazem parte de nenhum dos programas institucionalmente implantados, como a saúde da mulher, da criança ou do idoso.

Capítulo IV:

A organização do setor saúde no Brasil

O objetivo geral da estratégia da Saúde da Família é reorientar o modelo assistencial de saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população. Para atingi-lo é preciso que a equipe conheça a realidade da população que atende, organizações familiares e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento a partir desta realidade, para executar ações compatíveis com as necessidades (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

4 A ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

A saúde do indivíduo, do ponto de vista sócio-econômico e cultural, talvez seja na atualidade um dos temas mais debatidos nos diversos fóruns populacionais e institucionais, considerando o número de ações implantadas, implementadas e a realização de investimentos de altíssimo custo⁷ (BRASIL, 2002).

Mas, ao se retroceder ao início do Século XX, observa-se que a saúde, enquanto setor de políticas públicas, principiava seus primeiros passos de organização, sendo denominado esse período, de sanitarismo campanhista, devido às campanhas sanitárias realizadas na época. Esse modelo sustentado inicialmente por Oswaldo Cruz e posteriormente por Carlos Chagas, prevaleceu até 1945, quando as mudanças políticas e os interesses econômicos imprimiram à saúde momentos de transição. A partir de 1960, houve a consolidação do modelo denominado de médico-assistencial e privativista perdurando até o início da década de 1980. Mais uma vez, a partir das mudanças políticas no país na década de 1980, a saúde pública se consolida através da nova Constituição Federal (1988), preconizada no capítulo da saúde, sendo denominada em seu conjunto de ações como o Sistema Único de Saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

A implantação do SUS, embora estivesse no escopo da Constituição de 1988, foi viabilizada através da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que definiu em seu Art. 4º, o SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder Público [...]” (BRASIL, 1990, p. 8).

Na contextualização da questão da implantação efetiva do SUS, a adesão dos secretários municipais de saúde foi de vital importância, como destaca Souza (2000, p. 8):

[...] Naquele período a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde estavam em foco no debate, como grande desafio para a implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma a adesão de secretários municipais de saúde foi expressiva e significativa para

⁷ Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

o direcionamento da proposta do PSF (Programa de Saúde da Família) – ele nasce num contexto de movimento dos próprios municípios [...].

Nesse movimento de implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde considera o PSF como o eixo estruturante na atenção básica de saúde. A reorganização da assistência à saúde através desta Estratégia vem sendo desenvolvida desde 1991, inicialmente com as ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente em 1994 com o PSF (VALE, 2000).

Mesmo sendo o objetivo primordial do PSF, a reorganização da assistência à saúde no País através de novas práticas de educação, promoção e prevenção, no intuito de substituir o modelo de assistência curativa, essa reorganização encontra-se ainda em fase de implantação e implementação de ações, não só na assistência às crianças, às mulheres e aos idosos, mas principalmente na assistência ao adulto trabalhador (BRASIL, 2002).

No Estado do Espírito Santo, as ações e os projetos de implantação da Atenção Básica da Saúde e dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS) fizeram parte da trajetória das ações desenvolvidas pelo município de Vitória que foram descritas com ênfase nas áreas da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e de Zoonoses. As ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde estão voltadas para as crianças, adolescentes, mulheres, idosos, escolares, hipertensos e trabalhadores sob o enfoque Epidemiológico (VITÓRIA, 2001).

4.1 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E AS AÇÕES DE SAÚDE

No Estado do Espírito Santo, a Região Metropolitana da Grande Vitória é composta por seis municípios (Cariacica, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória) com aproximadamente 2.000.000 de habitantes. Em Vitória, capital do Espírito Santo, com uma população estimada em 300.000 habitantes⁸, distribuídas em uma área

⁸ (IBGE, 2002),

geográfica de 93,38 Km², o PSF foi implantado em 1998, inicialmente com cinco equipes, nas Regiões de Maruípe, São Pedro, Centro e Forte São João. Atualmente, existem 66 equipes distribuídas nas seis Regiões de Saúde do Município (Centro, Santo Antônio, Maruípe, São Pedro, Continental e Forte São João). Embora a implantação do programa tenha ocorrido de forma gradativa, em 2000, a Região de São Pedro já apresentava 100% de implantação do programa, e em 2003, a Região de Maruípe também atingiu essa meta ⁹.

O município de Vitória, habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica desde 1998, possui uma rede de serviços de saúde composta por 27 Unidades de Saúde (divididas em Básicas, da Família e Mistas), 01 Pronto Atendimento 24 h, 01 Policlínica, 08 Centros de Referência, 09 Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício Físico e 01 Laboratório Central (VITÓRIA, 2001).

No processo de construção e consolidação do modelo de reorganização da saúde, foram desenvolvidas várias atividades no município, como a Divisão das Regiões de Saúde (1992-1993), a Realização dos Diagnósticos Situacionais (1992-1994), os Conselhos Locais de Saúde (1996-1999), a apropriação dos Territórios pelas Unidades de Saúde (a partir de 1996), e por fim, a implantação do PSF em 1998 (VITÓRIA, 2001).

Nesse processo, em 1995 foi inaugurado em Vitória, o Pronto Atendimento do Forte São João (US 3B FSJ/PA) com a finalidade de atender a população desse município e desafogar a demanda dos Pronto-Socorros aos sábados, domingos, feriados e pontos facultativos.

Atuando como Enfermeira na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (SEMUS/PMV) desde 1992, fui nomeada em 1998, Coordenadora Geral da US3B FSJ/PA, com o propósito de realizar um diagnóstico situacional e intervir no excesso de atendimento à demanda ambulatorial. Nessa linha de intervenção administrativa, observei que grande parte da população atendida nesse Pronto Atendimento (PA), decorria de duas situações bem definidas, quais sejam, a dificuldade de acesso

⁹ Departamento de Assistência a Saúde da PMV/SEMUS, 2004.

dessa clientela às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a impossibilidade dos clientes em comparecerem às UBS durante a semana, devido a suas atividades profissionais.

Em 1999, um ano após a implantação do PSF no município de Vitória, grande parte dessa população que procurava o PA foi absorvida pelo programa, mas persistiu a falta de atendimento àqueles que não podiam comparecer às UBS ou às USF (Unidades de Saúde da Família) durante a semana.

Por solicitação da equipe técnica da SEMUS, devido à persistência do problema de assistência a essa clientela atípica do Serviço de Pronto Atendimento, foi realizado juntamente com os técnicos do Departamento de Avaliação e Controle (DAC), um *“Estudo Comparativo para o Redimensionamento dos Serviços de Pronto Atendimento do Município de Vitória”* sendo constatado nesse estudo, em uma amostragem de 128 usuários (100%), que procuraram o serviço da US3B FSJ/PA no mês de Junho/1999, que: 55,5% destes usuários não conseguiam atendimento nas UBS ou USF durante a semana, 37,5% não podiam vir durante a semana devido ao horário de trabalho e 7,0% compareciam ao serviço de PA para outros procedimentos (VITÓRIA, 1999),

Diante do exposto, da constância da situação relatada e devido à falta de uma política institucional definida, percebi um sério problema na realidade da assistência à saúde do adulto trabalhador: o desencontro das equipes do PSF com os adultos trabalhadores, que não conseguiam ser assistidos pelo programa.

No núcleo familiar atual, o adulto trabalhador é o provedor natural dos recursos necessários à manutenção das condições de sobrevivência financeira de sua família e suas atividades de trabalho são realizadas no mesmo horário em que as equipes do PSF realizam suas visitas domiciliares e atividades assistenciais: dias úteis da semana em horário comercial. Essa lacuna na atenção a esse indivíduo denota não ser preenchida pelas ações implantadas na reorganização do modelo de assistência à saúde. Devido a esse fato, esse cidadão permanece indefinidamente referenciado ao antigo modelo de assistência, baseado no atendimento das intercorrências e aos

serviços de Pronto Atendimento e Pronto Socorro, nos quais as atividades de prevenção e promoção à saúde não são desenvolvidas, por sua especificidade no atendimento às Urgências e Emergências da população.

A Saúde do Trabalhador, enquanto Programa, busca a compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores, transformações dos processos de trabalho, com vistas a sua humanização, a forma de abordagem da relação entre saúde e trabalho e os processos produtivos em relação ao meio ambiente e à população em geral (UCHÔA; ROZEMBERG; PORTO, 2002).

Já o PSF, segundo o Ministério da Saúde, é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, sendo o seu principal objetivo a reorganização da prática assistencial (BRASIL, 2000, 2001a).

Segundo Starfield (2002, p.19), uma das metas importantes dos sistemas de serviços de saúde “[...] é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde [...]”.

Os profissionais das equipes do PSF que atendem ao município de Vitória, com certeza conhecem esses conceitos e a filosofia de cada programa, mas a visão abrangente do problema da atenção integral, parece ter se perdido na dicotomia de conceitos e ações, e em meio a tantos projetos e programas como, a Saúde do Escolar, do Trabalhador, a Saúde Mental, da Mulher, da Criança e do Idoso, entre outros.

Portanto, a assistência desenvolvida pelos profissionais das equipes do PSF à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória pareceu-me relevante como objeto deste estudo que poderá gerar diversos questionamentos como os que se seguem:

Será que a assistência à saúde do adulto trabalhador se perdeu em meio a tantas políticas de saúde e se tornou apenas uma preocupação ocupacional e produtiva?

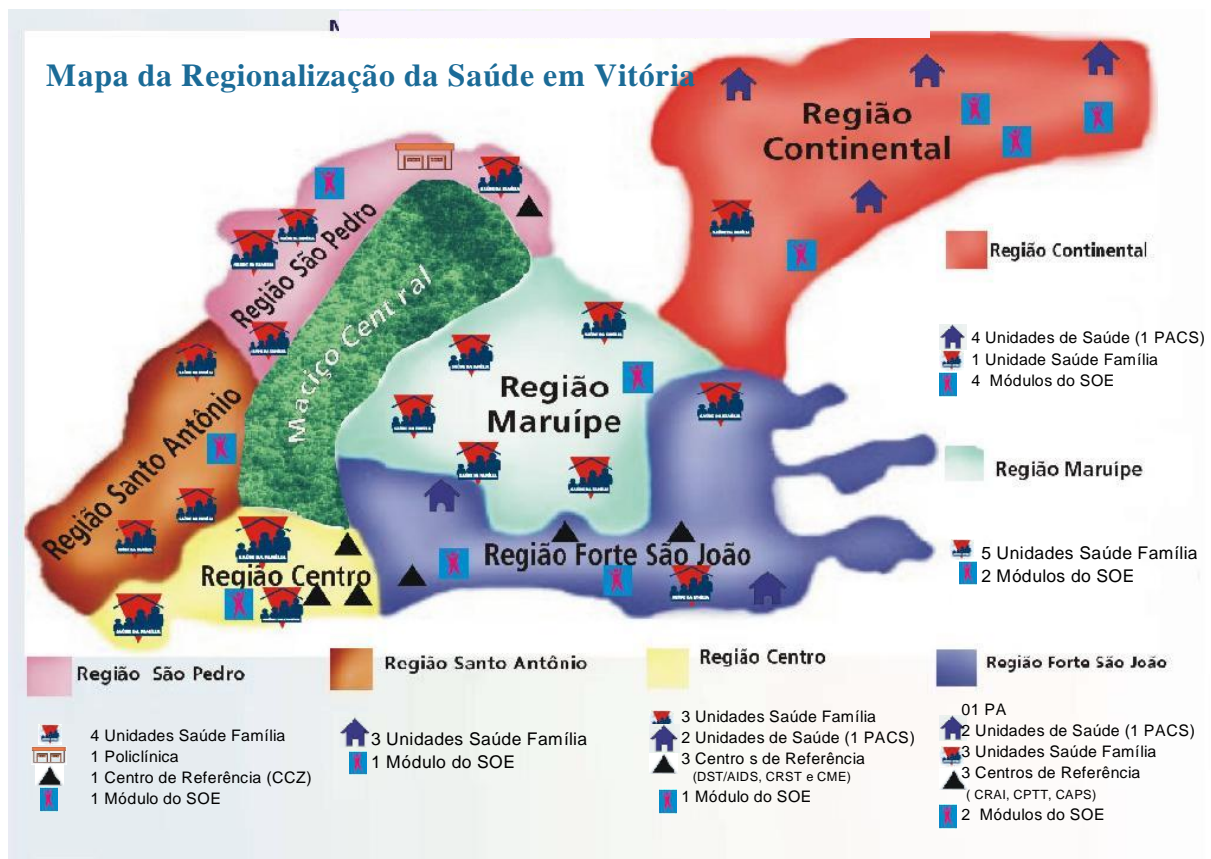
A assistência à saúde do adulto trabalhador continuará sendo tratada apenas como doença e intercorrência nos Pronto Atendimentos e Pronto Socorros do Município de Vitória?

Existiriam perspectivas de reversão dessa realidade através da implantação de políticas públicas de saúde institucionalmente viáveis?

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS BAIRROS E DAS USF DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

O município de Vitória foi dividido em Regiões de Saúde como parte do processo de municipalização e regionalização dos serviços de saúde a partir de 1992.

Figura 1. Mapa da regionalização da saúde, Vitória, 2003.



Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br>

Os Conselhos locais de Saúde foram implantados a partir de 1996 e as unidades básicas de saúde funcionavam baseadas no modelo tradicional de atendimento a livre demanda, com uma equipe formada por médicos clínicos, pediatras e ginecologistas. Em 1998 ocorreu a implantação do PSF, como estratégia para a organização da atenção primária.

Inicialmente, a primeira equipe do PSF começou suas atividades na Região de São Pedro com a expectativa de que até 2007, todas as regiões fossem contempladas com o Programa.

Para o desenvolvimento da pesquisa de campo que fez parte da metodologia proposta para o desenvolvimento deste estudo, foram escolhidas 05 USF, localizadas em 05 cinco bairros distintos do município de Vitória. Pode-se visualizar a abrangência da rede municipal de serviços de saúde, através do mapa da regionalização e serviços do município (Figura 1). Foi inserido um breve histórico dos bairros cujas USF foram escolhidas para o desenvolvimento do estudo e a Carta de Serviço de cada USF a fim de estabelecer um panorama do cenário a ser estudado.

4.2.1 Bairro Consolação

O bairro Consolação em 1950 era conhecido como Gurigica. Inicialmente começou pequeno, mas com o crescimento demográfico, foi subdividido em dois: Gurigica de Dentro e Gurigica de Fora, sendo que este último ligava o bairro à avenida Marechal Campos, nas proximidades de Maruípe, enquanto Gurigica de Dentro fazia divisa com Santa Lúcia.

Oficialmente, Consolação surge em 1964, depois que uma lei municipal uniu a área chamada de Gurigica de fora a um antigo loteamento. Antes disso, o bairro começou a desenvolver-se na área de uma propriedade denominada Fazenda Maruípe, ocorrendo invasões nos antigos mangues e nos morros de São Benedito (Morro Grande) e da Penha.

O nome Gurigica foi dado devido à existência de um certo tipo de árvore que é encontrada até os dias de hoje. Um dos primeiros moradores da região foi o aposentado Joel Silva Santos, que mora em Consolação há mais de 50 anos.

A Comunidade Católica Nossa Senhora da Consolação comemora sua festa a 03 de setembro, dia dedicado à santa. A Comunidade Católica foi criada em 1950, quando um grupo procurou o apoio do vigário da paróquia Santa Rita, frei José Garro, que apoiou a idéia da construção de uma capela no bairro¹⁰.

A UBS funcionou por muito tempo de forma adaptada ao Centro Comunitário do bairro, sendo que com a construção da USF, o serviço foi organizado de forma mais estruturada e com espaço para as ações educativas. Com a implantação do PSF o serviço de assistência à saúde da comunidade foi ampliado.

Segundo o censo (IBGE, 2000), a região coberta pela USF possui uma média de 10.326 pessoas, sendo 4.963 homens e 5.363 mulheres, estando inserida nas Regiões Administrativas 3 e 4 do município (ANEXO K).

Quadro 2 – Carta de Serviços da USF Consolação

Unidade de Saúde	Bairros	Serviços oferecidos
Consolação – Unidade Saúde da Família End.: Rua Desembargador Otávio de Carvalho Lengruber, s/n, Consolação Atendimento: 7h às 18h 3382-6744 3382-6745 3382-6746	Consolação, Jaburu, Gurigica, Horto, Floresta e São Benedito	Consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os Centros de Referência.

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades.htm>

¹⁰ Fonte: <http://www.cidadedevitoria.com.br/letraj.asp>

4.2.2 Bairro Ilha das Caieiras

O bairro Ilha das Caieiras situado na Região de São Pedro, em Vitória, recebe visita de turistas americanos, alemães, japoneses, portugueses e de todo o Brasil, os quais ali vão provar a Moqueca Capixaba, servida nos restaurantes da região. O bairro passou a ser parada obrigatória para os turistas e ponto de encontro para quem gosta de pratos preparados com frutos do mar.

Além da boa comida, há uma belíssima vista para a baía de Vitória. A Moqueca de Peixe, a casquinha de siri, o arroz de polvo e a torta capixaba são os pratos preferidos dos visitantes. Os locais mais procurados são: Bar e Restaurante Beco do Siri, próximo à praça dos Pescadores; Bar do Lilico, na rua da creche, ao lado da Cooperativa das Desfiadeiras de Siri; Frutos da Ilha, na Rua Bandeirantes, próxima à Igreja Católica; e Recanto da Sereia, na rua da creche.

A USF funciona precariamente em uma construção adaptada de um Centro Comunitário, sendo mínimo o espaço de circulação interna. Existe planejamento para a construção de uma nova USF no bairro. A necessidade da construção de um espaço ampliado para atenção à comunidade é apontada pelas equipes que atendem na USF, visando melhorar não só a área de circulação interna mas também o atendimento às demandas de ações de promoção e prevenção a saúde.

Possui atualmente 02 equipes de Saúde da Família que são responsáveis pela assistência à comunidade. As intercorrências e urgências são encaminhadas para a Policlínica de São Pedro III¹¹.

Segundo o censo (IBGE, 2000), a região coberta pela USF possui uma média de 7.505 pessoas, sendo 3.705 homens e 3.800 mulheres, estando inserida na Região Administrativa 7 do município (ANEXO K).

¹¹ Fonte: <http://www.cidadedevitoria.com.br/letraj.asp>

Quadro 3 – Carta de Serviços da USF Ilha das Caieiras

Unidade de Saúde	Bairros	Serviços Oferecidos
Ilha das Caieiras -Unidade Saúde da Família End.: Rua Guilherme Bassini, s/n, Ilha das Caieiras Atendimento: 7h às 18h Tel.: 3132-5085	Ilha das Caieiras, São Pedro I, II e IV e Comdusa	Consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os Centros de Referência.

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades.htm>

4.2.3 Bairro Jardim da Penha

O nome Jardim da Penha surgiu porque a região do bairro era uma área plana, toda verde, que parecia um jardim, onde de qualquer parte podia-se avistar o Convento da Penha. Os primeiros conjuntos habitacionais começaram a ser construídos a partir de 1969, dando início ao desenvolvimento imobiliário de Jardim da Penha que é hoje um dos mais populosos de Vitória. Surgiu no final da década de 60 e início de 70, através de um loteamento feito pela Empresa Capixaba de Engenharia e Comércio Ltda.

Posteriormente, na metade da década de 1970, surgiram pequenos conjuntos habitacionais de apartamentos destinados à classe média baixa. Devido à melhoria da infra-estrutura do bairro, à proximidade do mar e à facilidade de acesso ao Centro, vários prédios foram construídos no local.

Hoje, o bairro está praticamente todo ocupado por funcionários públicos, estudantes universitários e profissionais liberais caracterizando uma população jovem e um comércio auto-suficiente¹².

¹² Fonte: <http://www.cidadedevitoria.com.br/letraj.asp>

A USF foi construída através de um projeto de expansão da oferta de serviços de saúde no município. Possui ampla estrutura física distribuída em 02 andares e possui auditório para a realização de atividades educativas e recreacionais com grupos da 3ª idade, no qual são realizadas oficinas de artesanato, integração de grupos e educação para a saúde. Atualmente, conta com 05 equipes de Saúde da Família.

Segundo o censo (IBGE, 2000), a região coberta pela USF possui uma média de 24.623 pessoas, sendo 11.145 homens e 13.478 mulheres, estando inserida na Região Administrativa 6 do município (ANEXO K).

Quadro 4 – Carta de Serviços da USF Jardim da Penha

Unidade de Saúde	Bairro	Serviços oferecidos
Jardim da Penha – Unidade Saúde da Família End.: Rua Francisco Generoso da Fonseca, s/n, Jardim da Penha Atendimento: 7h às 18h Tel.:3382-6747 3382- 6748 3382-6749	Jardim da Penha	Consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os Centros de Referência.

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades.htm>

4.2.4 Bairro Jesus de Nazareth

Com o crescimento da cidade, a parte alta do bairro Bento Ferreira, antes conhecida como Morro de Bento Ferreira, deu origem ao bairro Jesus de Nazareth. O bairro está às margens da baía de Vitória.

Observa-se no Bairro de Jesus de Nazareth, os mais variados tipos de construção de casas, tanto de madeira como de alvenaria, sem a preocupação com a ordenação de ruas e saneamento básico. Há uma série de escadarias e ruelas, muitas vezes com esgoto a céu aberto.

A população residente do bairro é bastante flutuante, composta por migrantes provenientes dos Estados de Minas Gerais e Bahia¹³. Grande parte dos moradores se dedica a atividades de pesca devido à localização do bairro.

O bairro foi contemplado pelo Projeto Terra da PMV, tendo como prioridade a construção de uma ampla Unidade de Saúde da Família, obras em escadarias e encostas dos morros.

A USF possui 02 equipes de saúde da família que desenvolvem atividades no território de abrangência e também serve como campo de estágio para vários cursos de graduação, como Enfermagem e Medicina, que realizam, em conjunto com as equipes do PSF, atividades de promoção e prevenção à saúde.

Segundo o censo (IBGE, 2000), a região coberta pela USF possui uma média de 8.838 pessoas, sendo 4.259 homens e 4.579 mulheres, estando inserida nas Regiões Administrativas 3 e 5 do município (ANEXO K).

Quadro 5 – Carta de Serviços da USF Jesus de Nazareth

Unidade de Saúde	Bairros	Serviços oferecidos
Jesus de Nazareth – Unidade Saúde da Família End.: Rua Helena Muller, 168, Jesus de Nazareth Atendimento: 7h às 18h Tel.: 3382-6740 3382-6741	Jesus de Nazareth, Bento Ferreira, Ilha do Frade, Ilha do Boi	Consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os Centros de Referência.

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades.htm>

¹³ Fonte: <http://www.cidadedevitoria.com.br/letraj.asp> e informações dos ACS

4.2.5 Bairro Maruípe

A história da ocupação da região de Maruípe está relacionada, por um lado, ao loteamento "Vila Maria", em "Maruhype"; aos parcelamentos da Fazenda Maruípe e das glebas pertencentes aos herdeiros do Barão Monjardim. Por outro lado, ao loteamento Nossa Senhora da Consolação, em Gurigica, e às invasões nos morros e mangues. Em 1897, a Fazenda Maruípe, segundo descrições de Adelpho Monjardim, no livro Vitória Física, localizava-se ao lado da Fazenda Jucutuquara, compreendendo uma área total de 4.620 m² que se estendia do atual Bairro Santa Cecília até a Ponte da passagem.

Em alguns livros e recortes de jornais, consta como proprietário de parte da Fazenda, um nobre inglês, Mr. Bhering, que ao falecer não deixou herdeiros, passando as terras para o domínio do Estado. Historicamente, devido à sua localização distante do Centro, Maruípe foi um local destinado pela sociedade para a instalação de equipamentos institucionais de grande porte, como, hospital, quartel e cemitério. Em 1930, a firma Santos Soares e Paiva, aprovou o loteamento "Vila Maria", com 209 lotes e área total de 90.537m². Atualmente este loteamento está inserido entre Tabuazeiro e Eucalipto. Constam ainda no cadastro imobiliário da PMV, dois loteamentos localizados próximos à Vila Maria. O primeiro, feito em 1957, era de propriedade de Américo Martins Figueiredo; e o segundo, sem dados sobre o proprietário, com área total de 18.272 m².

À medida que a área de Maruípe foi sendo ocupada e parcelada, diminuiu progressivamente a abrangência do que se convencionou chamar Bairro Maruípe. Isso pode ser explicado pelo fato de novos parcelamentos possuírem outros nomes como: Santa Cecília, Penha, Itararé, São Cristóvão, Tabuazeiro, entre outros.

A origem do nome do bairro é atribuída ao mosquito de picada forte - Maruí de Maruim, sendo Maruípe "caminho de mosquitos". Para os moradores, era constrangedor ser identificado como habitante de uma área infestada de mosquitos¹⁴.

¹⁴ Fonte: <http://www.cidadedevitoria.com.br/letraj.asp>

A USF do bairro pertencia ao Estado e devido ao processo de municipalização foi incorporada a SEMUS, passando por várias reformas, visando a uma melhor adequação da estrutura física para o atendimento à clientela. Atualmente, possui 07 equipes de Saúde da Família que prestam assistência ao território de abrangência.

Segundo o censo (IBGE, 2000), a região coberta pela USF possui uma média de 19.549 pessoas, sendo 9.342 homens e 10.207 mulheres, estando inserida nas Regiões Administrativas 3 e 4 do município (ANEXO K).

Quadro 6 – Carta de Serviços da USF Maruípe

Unidade de Saúde	Bairros	Serviços oferecidos
Maruípe – Unidade Saúde da Família End.: Rua José Luiz de Matos, s/n, Maruípe Atendimento: 7h às 18h Tel.: 3382-6742 3382-6743	Maruípe, Engenharia, São Cristóvão, Tabuazeiro, Eucalipto, Vila Maria, Santa Cecília, Bairro de Lourdes e Santos Dumont	Consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas como Hanseníase e Tuberculose; e encaminhamentos para os Centros de Referência.

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades.htm>

Capítulo V: Metodologia

Se a teoria, se as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador jogam também um papel importante. Elas podem relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte. Esta qualidade pessoal do trabalho científico, verdadeiro artesanato intelectual que traz a marca do autor, nenhuma técnica ou teoria pode realmente suprir [...] E em parte é a capacidade de perceber através das questões específicas levantadas, as correlações multilaterais e sempre mutáveis que cercam a realidade objetiva dentro dos limites da 'consciência possível'. Trata-se de um imbricamento entre a habilidade do produtor, sua experiência e seu rigor científico (MINAYO, 2004).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se neste estudo, por desenvolver através do método qualitativo, uma pesquisa de campo baseada no conceito de Tobar e Yalour (2001, p. 71), que a definem como uma “[...] pesquisa empírica, realizada no lugar onde ocorre um fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo [...]”, são pesquisas de campo todas aquelas centradas em entrevistas, pesquisa ou observação direta [...]”. E ainda segundo Leopardi (2002), a pesquisa de campo poderá ser realizada através de observação direta, levantamento ou estudo de caso.

Foi realizada uma revisão bibliográfica, para a composição dos capítulos teóricos, abordando aspectos históricos e sociais relacionados ao trabalho, ao trabalhador e ao setor saúde.

5.2 CENÁRIO

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória-ES, e em suas áreas de abrangência que se encontram distribuídas nas 06 Regiões de Saúde: **Centro, Santo Antônio, Maruípe, São Pedro, Continental e Forte São João** (Figura 1). Além das USF, foi utilizado também o Pronto Atendimento Municipal de Vitória, localizado atualmente em anexo ao Hospital da Polícia Militar.

Os critérios para a escolha das USF das Regiões de Saúde foram determinados por vários fatores como:

- a- Localização das USF, optando-se por selecionar aquelas que estivessem em territórios com características sócio-econômicas diferentes para a avaliação de interferência de comportamento ou acessibilidade do usuário aos serviços.
- b- Tempo de implantação do PSF, optando-se pelas USF que tinham maior tempo de implantação do programa.

- c- Tempo de permanência das equipes de Enfermeiros e ACS, optando-se pelas equipes que tinham o Enfermeiro com vínculo estatutário, uma vez que várias equipes foram desfeitas devido ao término de contrato temporário dos profissionais em Janeiro de 2005.

Com base nesses critérios, foram selecionadas 05 USF, a saber: Consolação, Ilha das Caieiras, Jardim da Penha, Jesus de Nazareth e Maruípe.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

- Enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde das equipes do PSF das USF selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa.

Os Enfermeiros foram selecionados por serem estatutários, garantindo o vínculo duradouro com o serviço e o tempo de permanência na USF e aderiram de forma consentida a participação na pesquisa após todos os esclarecimentos necessários. Foi entrevistada uma média de 02 enfermeiros por USF, totalizando 12.

Apenas 02 médicos (estatutários) participaram das entrevistas de forma espontânea por acharem que o tema da pesquisa seria relevante.

Os ACS foram indicados pelos enfermeiros, que de igual forma foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, e após consentimento, foram entrevistados. Foi entrevistada uma média de 03 ACS por USF, totalizando 15.

- Adultos residentes no município de Vitória, de ambos os sexos, na faixa etária estabelecida a partir de critérios para a população economicamente ativa (PEA), que foram identificados a partir do cadastro da família existente nas USF e/ou através dos relatos das equipes sobre a adscrição da clientela na Região de Saúde. Os usuários entrevistados no Pronto Atendimento tiveram como critério de seleção, além da faixa etária estabelecida, o fato de estarem utilizando o serviço nos finais de semana e de serem moradores dos bairros das USF já descritas ou do seu entorno.

Os usuários foram selecionados não intencionalmente, pois foram questionados se poderiam participar da entrevista uma vez que se encontravam na USF (manhã ou noite) ou Pronto Atendimento para atendimento. Os que se propuseram a participar foram esclarecidos sobre os termos de consentimento e o propósito da pesquisa.

A maior dificuldade encontrada foi quanto à proposta da realização da entrevista com o usuário através de visita domiciliar, sendo desaconselhada por vários profissionais pelos seguintes motivos:

- a- Ausência do usuário em casa no horário em que o ACS se disponibilizaria para acompanhar a entrevista;
- b- Provável impedimento de acesso ao domicílio, pois alguns porteiros de prédios possuem ordem do síndico e dos moradores para não deixarem ninguém entrar devido aos assaltos e à violência;
- c- Recusa de alguns usuários em receber agentes em seus domicílios, inclusive a equipe de saúde;
- d- Violência, tráfico de drogas, sendo apontada por alguns ACS a impossibilidade da circulação de um “indivíduo estranho” no bairro, no caso o pesquisador.

Para superar esses obstáculos, optou-se por entrevistar usuários em consultas de demanda espontânea nas USF, no Pronto Atendimento Municipal e em seus locais de trabalho.

5.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram exploradas várias fontes de evidências (MINAYO, 2004), ampliando a abrangência da pesquisa, utilizando-se não só da entrevista semi-estruturada, mas também da análise de documentos disponibilizados pela SEMUS (relatórios, planos anuais de ação, estatísticas de atendimento) e de ampla revisão bibliográfica.

Optou-se pela definição de cinco formulários para entrevistas, sendo dois para os adultos trabalhadores (ANEXOS B e C), dois para os profissionais de saúde (ANEXOS D e E) e um para os adultos trabalhadores usuários do Pronto Atendimento (ANEXO F), com o objetivo de maximizar o aproveitamento das diferentes possibilidades de contribuição provenientes dos sujeitos da pesquisa.

Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista com os adultos trabalhadores com o intuito de traçar o perfil dos entrevistados e conhecer o seu grau de envolvimento/conhecimento das ações de saúde desenvolvidas pela SEMUS nas USF. Essas entrevistas tiveram como cenário, as USF (durante o desenvolvimento das ações diárias e noturnas), os locais de serviço dos trabalhadores e o serviço do Pronto Atendimento Municipal na semana e em finais de semana. As entrevistas foram realizadas através de formulários semi-estruturados (ANEXOS B, C e F) e aplicadas pelo pesquisador e por um entrevistador, que foi treinado para a utilização do instrumento proposto.

Os profissionais das equipes de saúde da família foram entrevistados através da mesma técnica proposta (ANEXOS D e E), com o objetivo de traçar o perfil do profissional e analisar as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, desenvolvida pelas equipes do PSF nas regiões em estudo.

Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2002, p. 168), "por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos, que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários [...]". De acordo com os mesmos autores, nas entrevistas semi-estruturadas "[...] também chamadas de focalizadas, o entrevistador faz perguntas específicas, mas também deixa que o entrevistado responda em seus próprios termos [...]". A escolha dessa técnica de entrevista facilitou a obtenção dos dados gerais e da opinião do usuário e dos profissionais de saúde para a aplicação da metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo.

Os sujeitos do estudo participaram da entrevista após serem orientados sobre a finalidade da pesquisa e mediante a assinatura do Termo de Consentimento

Informado Livre e Esclarecido (Resolução 196/96, CNS), que foi preenchido em duas vias, sendo uma via entregue para o entrevistado e uma, para o entrevistador (ANEXO G).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo e ao Núcleo de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, que aprovaram por unanimidade a realização da pesquisa conforme demonstrado nos ANEXOS H e I, respectivamente. Após a emissão dos termos de aprovação, foram aplicadas as primeiras entrevistas aos profissionais de saúde para o conhecimento e o detalhamento da realidade local, e posteriormente, foram aplicadas aos adultos trabalhadores.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados através das entrevistas foram analisados primeiro por região de saúde, e posteriormente, de forma global para que fossem avaliadas as características inerentes a cada região e ao sistema como um todo.

Foram analisados também, os dados coletados dos profissionais das equipes das USFs para a avaliação dos tipos de atividades desenvolvidas e da facilidade/dificuldade de acesso e de cadastro do usuário nas USF.

Os resultados obtidos através das entrevistas foram agrupados em dados gerais para a construção do perfil dos adultos trabalhadores e do profissional de saúde das USFs. Para analisar os dados específicos das ações de assistência prestada à saúde do adulto trabalhador, previamente caracterizado neste estudo, utilizou-se a metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), segundo Lefevre e Lefevre (2003, 2005).

A proposta deste projeto de pesquisa foi demonstrar as realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador nas USF do município de Vitória, em uma abordagem qualitativa. Para tanto, utilizou-se, para a análise dos dados obtidos

através de entrevistas aos profissionais de saúde das USF (Enfermeiro, ACS e Médicos) e aos Usuários (adultos trabalhadores), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre e Lefevre (2003, p. 19) que o conceitua como “[...] uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa a tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário”.

Para a construção do DSC, faz-se necessário a elaboração das expressões-chave (ECH) e das idéias centrais (IC), que formarão o arcabouço para a descrição do DSC. Neste estudo foram analisadas questões presentes nos ANEXOS B, D e F.

“A elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo é uma das formas de que o pesquisador pode lançar mão para reconstruir o universo das representações existente no campo pesquisado” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003, p. 37). A entrevista é o melhor método para a coleta de dados, ou seja, os dados do discurso proferido pelos sujeitos da pesquisa. Foram utilizadas transcrições dos discursos (ECH) e a descrição do sentido do depoimento do sujeito (IC). As transcrições dos depoimentos foram organizadas em quadros denominados Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1). Após essa etapa, foi construído o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2). Nesta etapa, foram copiadas as ECH do IAD 1, que reforçam as IC. Para cada IAD 1, foram construídos vários IAD 2, de acordo com a quantidade de IC, identificadas nas ECH (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Consta no ANEXO J, o exame da análise da questão 3, item 3.3 (ANEXO D), como exemplo de construção do instrumento de análise, contendo os quadros das ECH, IC e os quadros dos IAD 1 e IAD 2, que poderá contribuir no decorrer da decomposição dos dados para a clareza do entendimento da metodologia de análise.

Além das questões analisadas através do DSC, também foram construídos gráficos e quadros para ilustrar ao longo da análise das entrevistas, questões relativas ao perfil dos profissionais, dos trabalhadores e do planejamento de ações desenvolvidas pela equipe do PSF, além da avaliação do serviço.

O uso da estratégia do DSC na análise das questões relacionadas ao adulto trabalhador será referente a:

- a- Conhecimento das ações desenvolvidas pelas equipes da USF;
- b- Cadastro da família;
- c- Utilização dos serviços;
- d- Dificuldades em participar das ações de prevenção e promoção à saúde;
- e- Utilização do serviço de pronto atendimento como porta de entrada do sistema de saúde.

O uso da estratégia do DSC na análise das questões relacionadas aos profissionais das USF será referente a:

- a- Ações desenvolvidas pelas equipes;
- b- Dificuldades encontradas pelas equipes para o cadastro das famílias;
- c- Preparo da equipe para o desenvolvimento das ações;
- d- Suporte da SEMUS nas ações de atenção à saúde do trabalhador.

Os demais dados, obtidos através de entrevistas realizadas, relatórios e documentos pesquisados, serão utilizados para traçar o perfil dos sujeitos do estudo e para contextualizar, através da revisão bibliográfica, as ações que a SEMUS vem desenvolvendo na atenção básica e na vigilância em saúde, áreas em que se encontra inserida atualmente, a referência técnica da saúde do trabalhador (ANEXO A).

Os formulários foram aplicados no período de Agosto de 2005 a Junho de 2006 e os DSC foram construídos e analisados conforme a metodologia proposta por Lefevre e Lefevre (2003, 2005).

Importante destacar que, para evitar qualquer informação que levasse à identificação dos sujeitos da pesquisa, devido ao Termo de Consentimento assinado por todos (ANEXO G), foram utilizadas nas transcrições dos discursos as seguintes siglas: ACS (Agentes Comunitários de Saúde); ENF (Enfermeiros); MED (Médicos); e USER (Usuários das USF e PA).

Capítulo VI:

Resultados e discussão

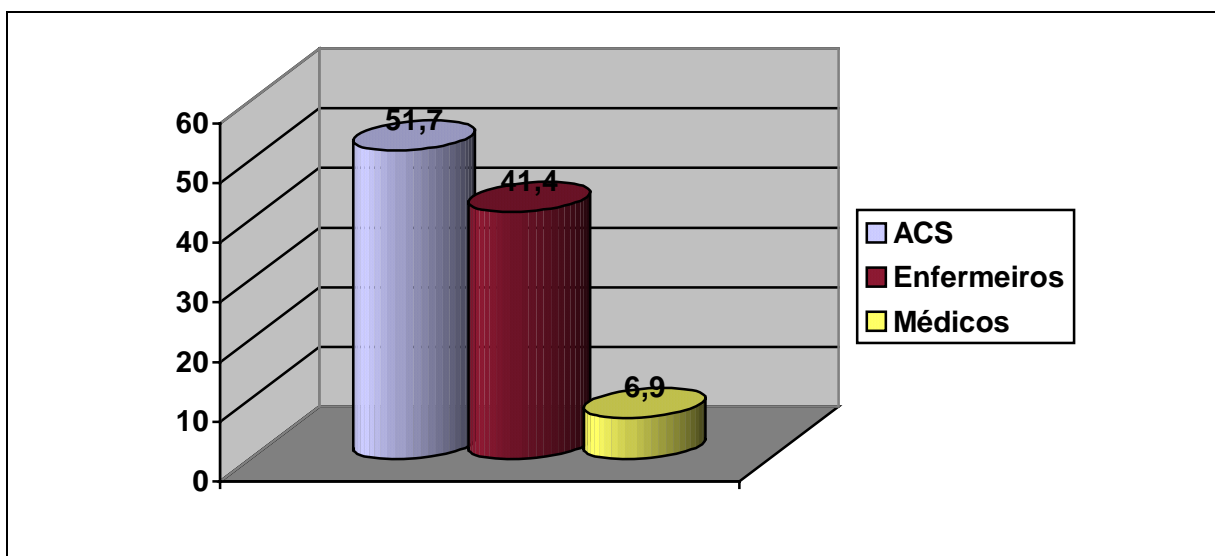
*O DSC é uma metodologia de preparo ou processamento da matéria-prima dos depoimentos para que, sobre essa matéria-prima preparada, que revela **o que pensam as coletividades**, possa ser exercitada toda a força da explicação sociológica, antropológica, sanitária, filosófica, ética, política, educacional, literária e – por que não? – do próprio senso comum, capaz de dar conta do **porque pensam assim** as coletividades pesquisadas. Isso significa que para entender o que as coletividades pensam é preciso descrever esse pensamento e interpretá-lo, ou, mais precisamente, **primeiro** descrevê-lo, para **depois** interpretá-lo, e que uma coisa não é possível sem a outra (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).*

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E DO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS

Neste item, serão apresentados os dados referentes ao discurso de 29 profissionais de saúde que participaram da entrevista, sendo 15 ACS (51,7%), 12 enfermeiros (41,4%), e 2 médicos (6,9%), conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição percentual de profissionais das USF que participaram da pesquisa por categoria profissional, Vitória 2006.



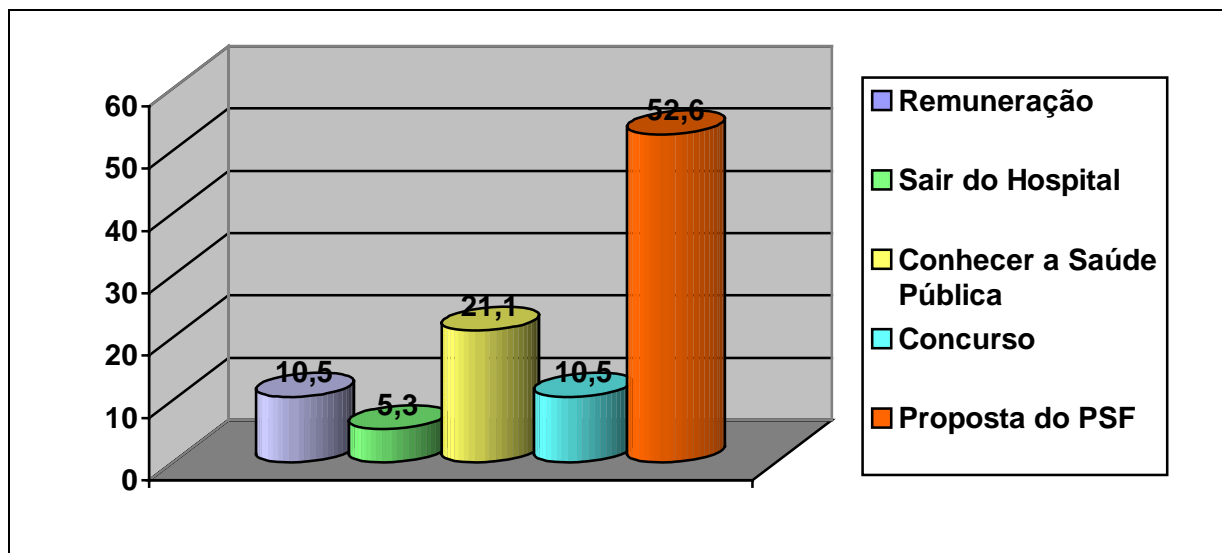
Inicialmente será demonstrado o perfil dos enfermeiros e dos médicos, e posteriormente dos ACS.

6.1.1 Caracterização dos profissionais enfermeiros e médicos

De acordo com o levantamento do perfil profissional através de formulário próprio (ANEXO E), 100% dos profissionais entrevistados pertencem ao sexo feminino, sendo 12 (85,7%) enfermeiras e 02 (14,3%) médicas. A idade média apresentada neste grupo de profissionais foi de 45,3 anos. Quanto ao processo de formação específica para atuação no PSF, 09 (64,3%) dos profissionais entrevistados freqüentaram o curso introdutório de saúde da família, ofertado pela própria SEMUS

(convênio SESA/IESP), porém 05 (55,5%) desses profissionais possuem, além do curso básico ou introdutório, um outro curso de pós-graduação. Todos os profissionais entrevistados são estatutários e 52,6% declararam que optaram por assumir o PSF por acreditarem na possibilidade de trabalhar em uma nova proposta de assistência à saúde, sendo que apenas 10,5% declararam que foi a remuneração diferenciada que os motivou a escolher trabalhar no PSF (Gráfico 2). Relataram também que outros municípios apresentam atualmente uma melhor remuneração para os profissionais do PSF. Nessa questão, foram consideradas para análise, até duas opções de resposta por profissional.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos profissionais em relação à motivação em trabalhar no PSF, Vitória 2005/2006.



Quanto ao tempo de formação, os profissionais apresentaram uma média de 18 anos de formação e de exercício profissional, porém observou-se que a maioria apresenta, dentre esse tempo de formação, apenas 3 a 4 anos de atuação em equipes do PSF.

Em relação aos treinamentos e aos cursos de atualização e aperfeiçoamento ofertados pela SEMUS, os profissionais relataram que:

No início, quando começou o PSF, havia o Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP), que foi suspenso, e atualmente

há o curso de Semiologia em parceria com uma faculdade. Mas antes, nós tínhamos cursos de tratamento de feridas, treinamento sobre hanseníase, tuberculose, prática de coleta de preventivos... Depois que entrou a atual administração, está tudo suspenso... aliás, de uns dois anos para cá diminuiu demais a oferta dos cursos... Dizem até que foi interrompido porque irá retornar com outro formato (ENF). Existe ainda o Programa de Educação Permanente (PEP), os orientadores nas 03 clínicas básicas, há teoria e prática, tipo estudo clínico, dá mais segurança ao profissional, pois tem que atender de forma generalista. Era uma vez por semana, e atualmente, ocorre uma vez por mês (MED).

6.1.2 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

Na análise do perfil dos ACS (ANEXO E), observou-se que dos 15 (100%) profissionais entrevistados, 14 (93,3%) são do sexo feminino, apresentam idade média de 48,2 anos, 12 (80%) possuem ensino médio completo e atuam no PSF em média há 5 anos. Todos esses profissionais participaram do curso Básico de Saúde da Família da PMV/SEMUS, porém relataram de uma forma geral, que dependendo da época, o curso foi mais longo e mais completo e/ou que foi completado durante as ações de serviço:

Quando começamos, não tínhamos nem idéia do que era o PSF, fizemos as primeiras visitas nas casas com uma orientação básica, rapidinha... fizemos a primeira com a enfermeira e depois fomos fazendo sozinhos... foi um sufoco... atualmente, é muito tranquilo, já sabemos o que pode, o que não pode... fora que a vizinhança já nos conhece bem... Acho que meu curso foi incompleto porque na época em que iniciei o trabalho aqui na Unidade, os treinamentos estavam suspensos, então, fui aprendendo com a enfermeira e com os colegas... Existem períodos em que não há nenhum treinamento, aí depois tem um monte... Eu e alguns colegas estamos fazendo um curso agora de saneamento básico... é um convênio com a CESAN (ACS).

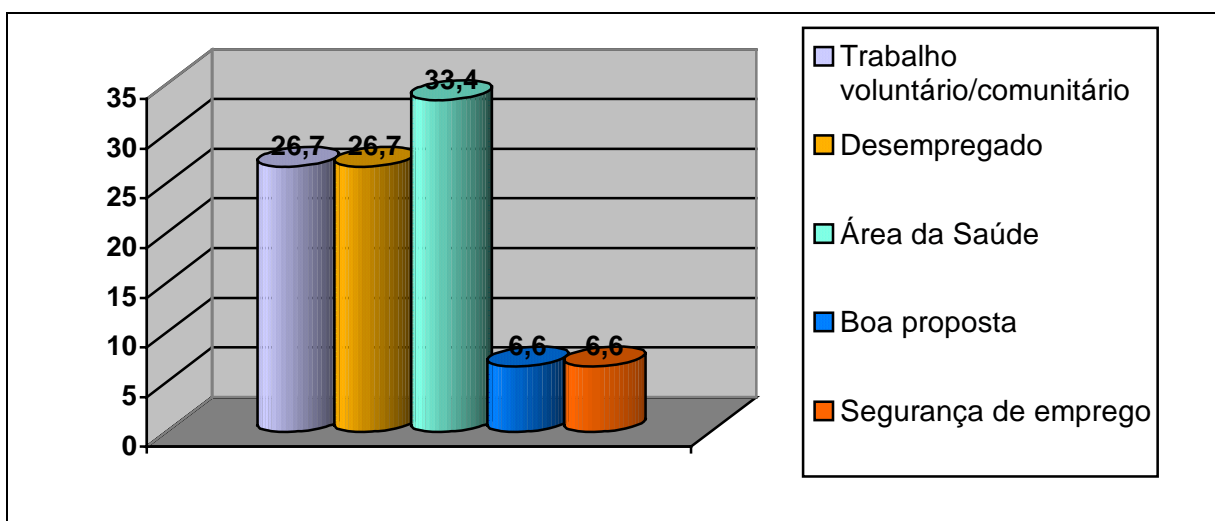
O Gráfico 3 demonstra que o maior motivo de adesão dos ACS à proposta de trabalho no PSF está localizado no item “gostar da área de saúde” (33,4%). Muitos deles relataram que vislumbraram a possibilidade de freqüentarem no futuro, um curso de Auxiliar ou Técnico de Enfermagem. Outro dado que chamou a atenção foi o fato de que estavam desempregados quando optaram pelo PSF (26,7%). Por

serem do sexo feminino, o trabalho próximo à residência facilitaria a sua rotina, uma vez que morar na microárea de trabalho é um dos pré-requisitos para a vaga do emprego conforme diretrizes do Ministério da Saúde:

Eu estava desempregada, não sabia nem o que era o PSF... aí eu passei mal, fui ao posto e fiquei sabendo do emprego, os funcionários me falaram, então eu participei e estou aqui até hoje... no início, eu tive muita dificuldade porque era muito tímida, mas agora é tranquilo, gosto do que faço e fica perto da minha casa, muito melhor, né?...tenho criança pequena, esse trabalho perto da minha casa é melhor também, nesse aspecto, achei que valeu a pena.

Eu já participava de projetos na comunidade, esse seria uma oportunidade de emprego e eu até podia também estar mais perto da comunidade (ACS).

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos ACS em relação à motivação em trabalhar no PSF, Vitória, 2006.



Dos ACS entrevistados, todos relataram que possuem um bom relacionamento com a equipe, o que facilita o desenvolvimento do trabalho.

Quanto aos treinamentos em serviço, aos cursos de capacitação e ao aperfeiçoamento, os ACS, relataram que, no início do PSF, os treinamentos eram mais freqüentes, como os de hipertensão, diabetes, tuberculose, DST/AIDS, hanseníase, zoonoses, e eram realizados no auditório de outras Unidades com várias equipes. Porém, atualmente, esses treinamentos ocorrem mais no serviço e são ministrados pelos próprios enfermeiros que coordenam as equipes.

6.1.3 Análise das ações de assistência a saúde desenvolvidas pelos profissionais em Unidades de Saúde da Família

Foram analisadas as ações de assistência à saúde contempladas nas perguntas do instrumento de entrevista (ANEXO D), que é composto das seguintes questões: 1- Ações de assistência; 2- Características do serviço; 3- Atividades relacionadas ao cadastro da família; 4- Treinamento em serviço; 5- Avaliação da assistência à saúde da família.

Quanto às questões 01 e 02 (ações de assistência e características do serviço) só foram computadas as respostas dos enfermeiros (12) e dos médicos (2). A partir das questões 3 a 5, (características do serviço, atividades relacionadas ao cadastro da família, treinamento em serviço e avaliação da assistência à saúde da família), foram computadas as respostas dos ACS (15), dos enfermeiros (12) e dos médicos (2) devido à especificidade das perguntas.

- **Questão 1 – AÇÕES DE ASSISTÊNCIA, item 1.1 - Quais ações de assistência à saúde são realizadas pela equipe do PSF?**

Observa-se que os profissionais, independente da área de localização das USF, citaram que são realizados os mesmos procedimentos básicos, como consultas médicas, de enfermeiros e também de alguns profissionais de apoio à equipe como psicólogos e odontólogos. Além das consultas, foram citados também procedimentos como curativos, retiradas de ponto, nebulizações, administração de medicamentos, coleta de preventivos, visitas domiciliares, aplicação de imunobiológicos. Quanto às ações de promoção e prevenção à saúde foram citadas as Campanhas que são desenvolvidas anualmente, como: multivacinação, prevenção da hanseníase (dia da mancha), campanha da tosse (detecção precoce da tuberculose), dia mundial sem tabaco, detecção precoce de diabetes mellitus e hipertensão, semana do idoso, aleitamento materno, prevenção do câncer de mama e de colo do útero, DST/AIDS.

Na análise do DSC para essa questão, foram evidenciadas 03 Idéias Centrais (IC), assim distribuídas: A - As atividades realizadas nas USF estão centradas na equipe composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS; B - A SEMUS orienta as ações de Campanhas de promoção e prevenção à saúde através de um

calendário anual; C - O enfermeiro e o médico compartilham um espaço diferenciado dos demais membros nas atividades da equipe.

IC A - As atividades realizadas nas USF estão centradas na equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS:

As consultas são realizadas pelos médicos e por nós, enfermeiros; e o acolhimento da unidade é realizado pelo auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. Existem também as palestras de que eu participo; os médicos e outros enfermeiros também participam tanto das palestras quanto das campanhas de hipertensão, vacinação, diabetes e outras como: do tabagismo e do aleitamento materno...

As consultas são feitas pelos médicos e enfermeiros, e os procedimentos de enfermagem são executados pelos auxiliares na USF... já os preventivos são agendados para mim e para o médico da minha equipe. As visitas domiciliares são realizadas pelos ACS, auxiliares de enfermagem, por mim e pelo médico, e o acolhimento da unidade é realizado só pelo enfermeiro, no caso por mim, ou por um dos outros colegas...

As consultas na USF? São realizadas só pelos médicos e enfermeiros. As visitas domiciliares são feitas por todos os profissionais da minha equipe, e para o acolhimento da unidade, cada equipe tem um dia, no caso da minha equipe, é sempre na 4ª feira e é realizado pelo auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico...

... mas no acolhimento não tem jeito, sou eu ou a outra enfermeira, fazemos um revezamento. Nas palestras, todos os membros da equipe participam (ENF e MED).

IC B - A SEMUS orienta as ações de Campanhas de promoção e prevenção à saúde através de um calendário anual:

Cada equipe organiza as ações de acordo com as orientações da SEMUS. Recebo uma informação da coordenação (CI) para organizar a atividade, como na campanha de vacinação, por exemplo. (...) e em relação às campanhas de prevenção, são realizadas aquelas normais que a SEMUS já determina como a da vacinação, dos idosos e das crianças.

Agora, nas campanhas de promoção, realizamos todas que a SEMUS orienta, como a do aleitamento materno. A próxima é a da hanseníase. Há também a da vacinação que já é rotina, e para as outras, a USF segue o calendário nacional (ENF e MED).

IC C - O enfermeiro e o médico compartilham um espaço diferenciado dos demais membros nas atividades da equipe.

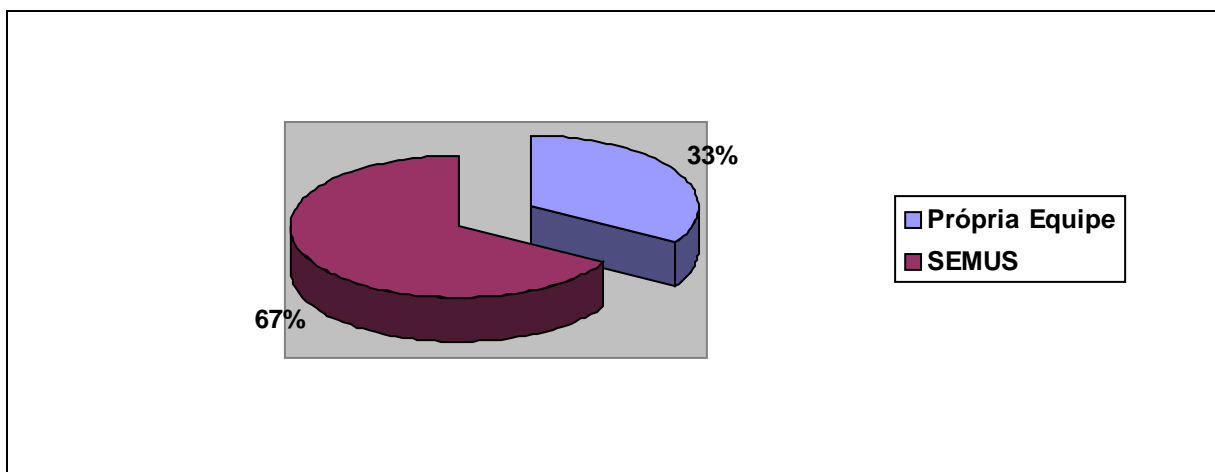
São realizadas consultas pelos médicos e por nós, enfermeiros. Existem também as palestras de que eu participo, os médicos e outros enfermeiros também participam... As consultas são feitas pelos médicos e enfermeiros. Os preventivos são agendados para mim e para o médico da minha equipe (...) e o acolhimento da unidade é realizado só pelo enfermeiro, no caso por mim ou por um dos outros colegas... As consultas na USF? São realizadas pelos médicos e enfermeiros. Os preventivos são para os enfermeiros e médicos. Das palestras, atualmente só o enfermeiro é que participa, podendo ser eu ou um outro enfermeiro; e o médico somente pode participar do atendimento e das visitas... Aqui na unidade, quem consulta são os médicos, enfermeiros e também os odontólogos...O procedimento de consulta? Você diz no PSF? Apenas o médico e o enfermeiro.

Os preventivos também, só eu, minha colega e os médicos da nossa equipe. Temos ainda os acadêmicos de medicina e de enfermagem que junto com seus professores também executam várias atividades (ENF e MED).

Questão 1 – AÇÕES DE ASSISTÊNCIA, item 1.2 – Quem orienta as ações desenvolvidas pelas equipes do PSF?

Observou-se que 67% dos profissionais reconhecem a SEMUS, como responsável pelas diretrizes básicas das ações a serem planejadas e desenvolvidas pelas equipes, como apresentado no Gráfico abaixo:

Gráfico 4 – Percepção dos profissionais quanto à origem das orientações das ações a serem desenvolvidas pelas equipes do PSF, Vitória 2005.

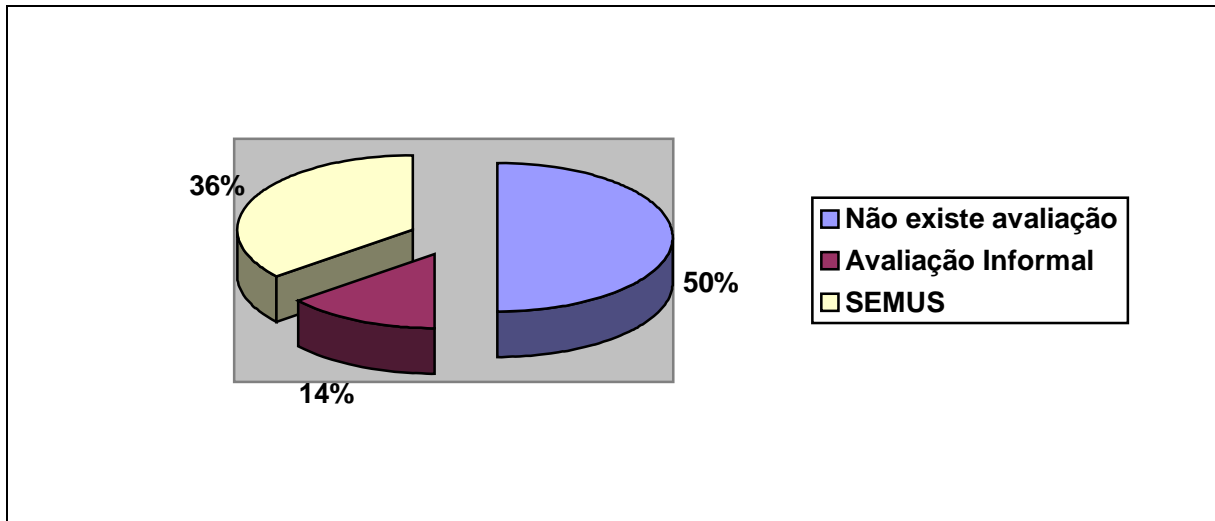


Questão 1 – AÇÕES DE ASSISTÊNCIA, item 1.3 – **Quem avalia as ações desenvolvidas pelas equipes do PSF?**

O resultado desse item expressa a insatisfação da equipe com a SEMUS, pois 07 (50%) dos profissionais entrevistados afirmaram que não existe nenhuma espécie de retorno às ações desenvolvidas, como fica evidente no Gráfico 5 e no discurso dos profissionais::

É como se fosse apenas necessário cumprir as atividades planejadas, se ficou bom ou ruim, a equipe não fica sabendo, a não ser quando há reclamação do usuário... (ENFs)
Como não há o retorno às atividades desenvolvidas, fica muito difícil planejar as mesmas; será que as ações desenvolvidas estão melhorando o índice de saúde da população atendida? Será que o PSF realmente está mudando os indicadores de saúde? Não sei, não sei te dizer... (MED)

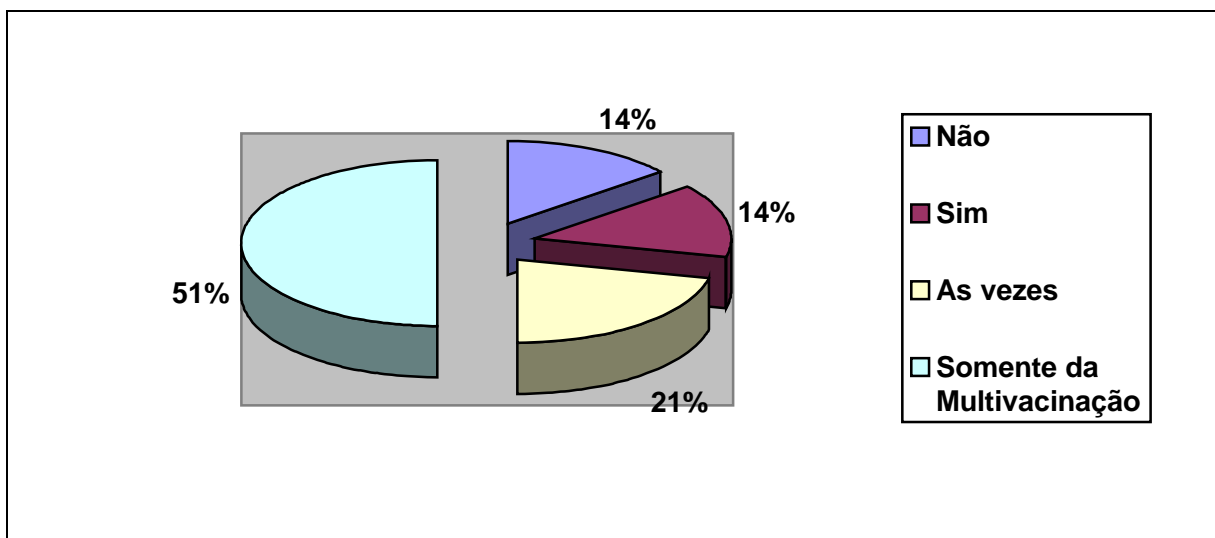
Gráfico 5 - Percepção dos profissionais quanto ao processo de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF, Vitória 2005.



Questão 1 – AÇÕES DE ASSISTÊNCIA, item 1.4 – **A equipe recebe retorno das avaliações?**

O Gráfico 6, demonstra que 51% dos profissionais afirmam que, entre todas as ações realizadas na USF, a que possui maior retorno é a Campanha de Multivacinação, devido à cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 6 - Percepção dos profissionais quanto ao retorno do processo de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF, Vitória 2005.



Às vezes, recebemos uma CI ou um relatório estatístico atrasado com algumas ações realizadas... quando é da Campanha de Multivacinação sempre vem... e às vezes, a Coordenação da Unidade socializa algum elogio ou descumprimento de metas, mas nada formal, só através de comentários,... então, “teoricamente” há um retorno...mas, às vezes nem ficamos sabendo... quando aparece uma equipe da SEMUS, é uma correria; entretanto, no final das contas, nem tomamos conhecimento do porquê da sua presença na Unidade... Disseram que o Secretário de Saúde esteve na Unidade, eu nem vi porque estava atendendo, mas no mínimo, deve ter sido por alguma questão política... (ENF e MED).

- Questão 2 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.1 - **Como são formadas as equipes?**

Todos os profissionais entrevistados responderam que as equipes são formadas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e de 03 a 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dependendo do número de famílias cadastradas. Porém, foi relatado que algumas equipes atualmente estão incompletas, por ausência de um dos profissionais. Isso se deve ao fato da ocorrência de término de contratos temporários, ainda sem reposição por parte da SEMUS, a pedidos de demissão (principalmente por parte dos médicos), e à mudança de bairro, no caso dos ACS.

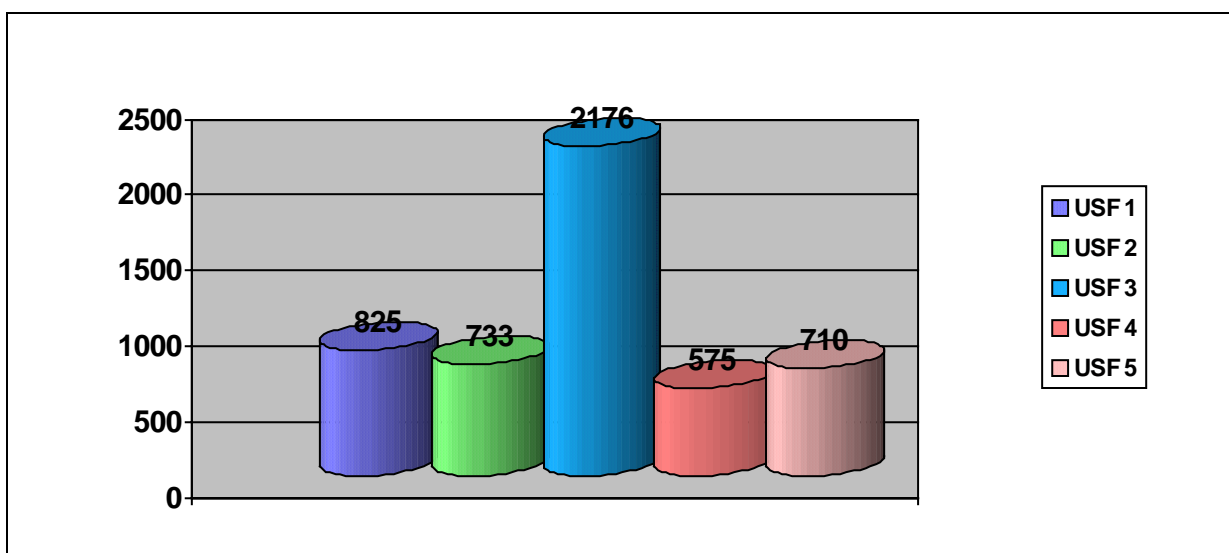
As equipes incompletas contam com o apoio das demais para realização de atividades, ou são obrigadas a reduzir suas ações até que a equipe esteja

novamente completa. A interrupção das atividades gera um prejuízo enorme, pois possibilita a descontinuidade de algumas ações preventivas e de acompanhamento do estado de saúde do usuário.

Os profissionais entrevistados, nesse caso os enfermeiros, informaram o número de famílias cadastradas em suas microáreas, mas relataram que parte dessas famílias não é atendida, nem visitada, sendo apenas cadastrada. Essas famílias não utilizam o serviço da USF por possuírem Plano de Saúde. O número de famílias cadastradas está demonstrado no Gráfico 07 e esse número variou entre 560 a 2.570 famílias cadastradas por equipe, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde que cada equipe seja responsável pelo acompanhamento de:

cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.¹⁵

Gráfico 7 – Distribuição média de famílias cadastradas por equipe nas USF, de acordo com as informações dos enfermeiros entrevistados, Vitória, 2005/2006.



Já vem sendo proposta pela SEMUS, uma nova territorialização do município para uma melhor distribuição das famílias entre as equipes, devido à constatação de que

¹⁵ <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> 25/06/2006

alguns grupos estão sobrecarregados. Alguns territórios limítrofes entre as equipes serão redistribuídos. Uma das questões, que vem sendo discutida nas rodas de educação das equipes, é a violência e o tráfico de drogas em alguns territórios, os quais têm limitado a ação dos profissionais, incluindo a dos ACS:

Atualmente, a gente somente sobe o morro se tiver tudo bem... isso depende do dia e do horário, porque se for dia de 'venda de mercadoria', nós somos avisados para não subir nessa hora... então como vamos fazer para estabelecer ações educativas... há gestante que não consegue ir a USF do território dela e também não pode ir a do outro, porque está marcada pelo pessoal do tráfico... Houve um dia em que um morador falou para mim: 'Drª, se a senhora vem ao meu território na hora que meus clientes vêm comprar a mercadoria, você atrapalha... fique tranqüila, que se a gente precisar, a gente chama... não precisa vir aqui não, tá?'... (ENF e MED)
Então, eu falei com a enfermeira da minha equipe que àquela rua eu não vou mais,... até já avisei a alguns moradores para me procurar na unidade, eu que não vou me arriscar, não... aquele sujeito é violento mesmo, eu conheço né? Sou daqui... (ACS)

Questão 2 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.2 – Qual o horário de realização das atividades na Unidade?

As USF funcionam no horário de 07 às 18 h; porém, na maioria das unidades, após às 16 h, a oferta de atendimento se reduz à realização de alguns procedimentos, como: curativos, nebulização e dispensação de medicamentos. Raramente existe, após esse horário, a realização de consultas médicas ou de enfermeiros, a não ser por iniciativa própria do profissional, como se observa nos relatos abaixo:

Quando a paciente pede para colher o preventivo e solicita que seja depois do horário de saída do trabalho dela (18 até 18:30 h), eu até agendo, mas não é bom, fico só eu, a paciente e o vigia na USF, mas tem hora que não tem jeito, você se sente pressionada a atender... porém isso é exceção, quando eu posso, eu faço... (ENF)
Existe morador que pede para agendar bem no finalzinho do expediente, aí a gente conversa com o médico e com o enfermeiro, se der, tudo bem... mas nem sempre é possível... é igual a fazer o cadastro depois do nosso horário, a gente até entende o problema do morador... e se acontecer alguma coisa com a gente? No início eu até ia, agora não vou mais... (ACS)

Questão 2 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.3 – **Como são agendados os atendimentos na Unidade?**

Os atendimentos na USF são agendados de duas formas básicas, que são os agendamentos da **demanda organizada** (pacientes que fazem parte dos programas, como: hipertensos, diabéticos e gestantes; serviços do tipo: puericultura, e exames preventivos) e a **demanda espontânea**, aberta para as intercorrências diárias. Cada USF apresenta um padrão diferente de distribuição desses agendamentos, que variam normalmente em relação ao agendamento diário (matutino e/ou vespertino), ocorrendo em até duas vezes por semana ou quinzenal, portanto não se observou um padrão regular para os agendamentos. Ao que parece, cada USF (equipe ou coordenação) adaptou o seu agendamento à realidade local:

Na demanda organizada, agendamos para os hipertensos, os diabéticos, a puericultura, o pré-natal e para os preventivos. Esse agendamento já é feito no término da consulta, ou às vezes, no próprio fichário, aí o paciente se identifica e marca, pois ele tem prioridade de atendimento... já a demanda espontânea aqui é toda 5ª feira para a minha equipe, é feito um rodízio e cada grupo fica responsável por um dia...

Na demanda espontânea, abrimos todos os dias, 06 vagas de manhã e 06 vagas à tarde para intercorrências...

O agendamento é registrado no fichário e ocorre todo dia de manhã, dependendo do caso, encaminhamos para o Pronto Atendimento... (ENF e MED)

Questão 2 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.4 – **Como são agendados os atendimentos no domicílio?**

Os profissionais responderam de forma similar, porém observou-se, assim como no item 2.3, que não há um padrão regular nas unidades para os agendamentos das visitas em domicílio. Ao que parece, cada USF (equipe ou coordenação) adaptou o seu agendamento à realidade local:

Na reunião da equipe, o ACS traz a demanda, e na mesma semana, é marcada a visita ao domicílio; normalmente, o médico vai uma vez por semana e o enfermeiro, duas vezes...

O Auxiliar de enfermagem vai duas vezes por semana, e se for necessário, marca para o médico ou o para o enfermeiro.

Dependendo do caso, é preciso chamar a ambulância e remover o paciente para o pronto atendimento ou para o hospital...

Aqui nesta USF, a visita é na 5ª feira de manhã e na 3ª feira à tarde, em algumas situações, ou vai só o Auxiliar de Enfermagem, ou apenas o Enfermeiro ou somente o médico; porém, caso haja necessidade, vai a equipe toda...

Às vezes, quando as visitas estão agendadas para a tarde, por exemplo na 6ª feira, eu consigo fazer até cinco visitas, mas há casos em que mesmo marcada a visita com antecedência, não encontramos a pessoa em casa...

Prefiro trabalhar com uma agenda de planejamento mensal para as visitas, se houver intercorrências, os ACS me avisam...(ENF e MED.

- **Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.1 - Como é realizado o cadastro da família?**

Os profissionais responderam que, de uma forma geral, receberam orientações de que o cadastro da família só poderia ser realizado no domicílio da mesma, após comprovação de 03 meses de moradia. Eles procuram cumprir a orientação, podendo às vezes, abrir uma exceção:

Vamos a casa depois dos três meses, identificamo-nos e fazemos o cadastro... aí depende, né? O certo é cadastrar só após os três meses, sem situação de risco, mas depois de dois meses a gente já sabe se vão ficar no bairro ou não... mas, se houver criança, gestante, hipertenso (grupos de risco), a gente faz o cadastro na hora, nem precisa esperar... A gente fica sabendo que mudou gente nova para o bairro e vamos lá... (ACS).

- Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.2 – Quem realizou ou realiza este cadastro?**

Todos os entrevistados responderam que o cadastro da família é uma atribuição do ACS.

Pela similaridade das perguntas e das respostas obtidas, os itens 3.3 e 4.2, serão analisados em conjunto. **Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.3 – Existem dificuldades em cadastrar a família?** **Questão 4 - TREINAMENTO EM SERVIÇO, item 4.2 – Estas pessoas relatam dificuldades para realizar esta atividade? (cite todas)**

Uma das maiores dificuldades relatadas por 30% dos entrevistados é o horário de funcionamento da USF, que coincide muitas vezes com o horário de trabalho da família, conforme demonstrado no Gráfico 8:

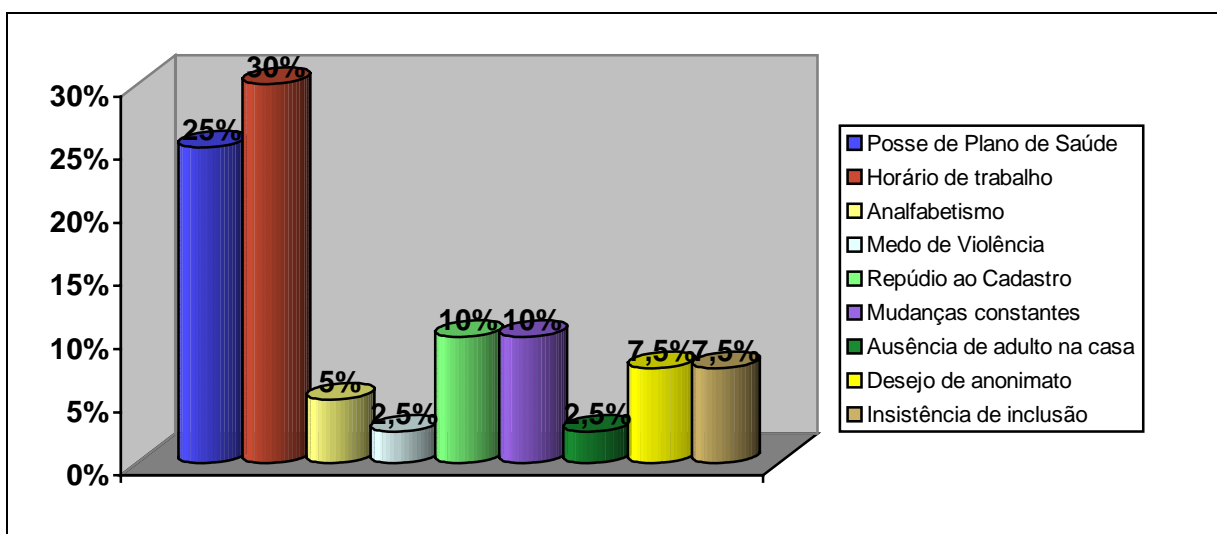
Aí a gente volta não sei quantas vezes para tentar cadastrar... sim, normalmente é porque estão trabalhando, né?... Às vezes, você procura e o próprio vizinho avisa que eles estão no trabalho... Então, a gente deixa recado com o vizinho, porteiro, síndico... às vezes, a gente até dá sorte porque um deles (da família) está de férias e aí fazemos o cadastro... Outra coisa que faço é deixar um 'bilhetinho' debaixo da porta com o meu nome e o telefone da unidade pedindo que me ligue... quando precisam, logo arranjam um tempo... (ACS e ENF).

Outro fator importante apontado pelos entrevistados foi a mudança dos usuários, tanto a de casa, no interior do próprio bairro, como a de um bairro para outro.

É impressionante... às vezes, eles dividem a casa ao meio para fazer dois aluguéis, aí nós fazemos dois cadastros... no outro mês, já desfizeram a divisão e só há uma das famílias morando... aí, forma-se um novo núcleo familiar... (ACS).

Mudam muito mesmo, às vezes, o ACS acabou de cadastrar a família e já retorna com a notícia de que se mudaram, ou de que não será mais preciso fazer a visita domiciliar... (ENF e MED).

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos fatores que dificultam o cadastro da família, Vitória, 2006.



Ainda foi citada como dificuldade, o fato de as famílias quererem cadastrar pessoas que não moram no bairro, indivíduos que apenas estão passando férias ou estudando.

***Eles insistem em cadastrar um parente que, às vezes, nem mora com a família... às vezes é um sobrinho que veio estudar para tentar o vestibular ... em algumas ocasiões, até a empregada (doméstica) passa como parente para ser cadastrada... (ENF e MED).
Eu, às vezes nem sei como agir, porque sei que aquela pessoa não é da família e eles ficam insistindo... (ACS).***

Na análise do DSC para essa questão, foram evidenciadas 02 Idéias Centrais (IC), assim distribuídas: A – Existem dificuldades em se cadastrar algumas famílias devido ao horário de trabalho dos moradores. B – Existe uma população flutuante nos bairros, o que dificulta o cadastro da família.

IC A - Existem dificuldades em se cadastrar algumas famílias devido ao horário de trabalho dos moradores.

***Há domicílios em que não se consegue cadastrar porque a pessoa não está em casa, está no trabalho... Existem (dificuldades) sim, como o horário de trabalho do morador... Algumas famílias apresentam dificuldades por causa do horário de trabalho...
Os ACS precisam retornar em outro momento para achar o morador e realizar o cadastro... considerando que, dependendo da função do trabalhador, fica ainda mais difícil, por exemplo: os pescadores ficam até 20 dias no mar, a gente conversa com a esposa, com o vizinho e pede que, quando eles chegarem, procurem a unidade (ACS e ENF).
Tem gente que só vem dormir em casa, às vezes encontramos esses moradores em períodos de férias, folga, licença médica, mas isso é a exceção... (ENF).***

IC B - Existe uma população flutuante nos bairros, o que dificulta o cadastro da família.

As famílias mudam muito de casa... Existe uma população muito flutuante no bairro, muita gente da Bahia... às vezes, são só estudantes, vêm fazer cursinho e ficam na casa de um parente, um amigo, ou montam uma república...se não passam no vestibular, vão embora...e ainda há aquelas pessoas que mudam muito no próprio bairro, o aumento do aluguel é o principal motivo (ACS e ENF).

Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.4 – Em que horário é realizado este cadastro?

Segundo os profissionais entrevistados, o cadastro é realizado no mesmo horário de funcionamento das USF, ou seja, de 07 às 18 h. Porém, alguns ACS relataram que, no início das atividades do PSF, abriam exceções de horários, após o expediente, para realizarem o cadastro justamente daquelas famílias cujo horário de trabalho impossibilitava o seu cadastramento. Entretanto, hoje não fazem mais isso por diversos motivos, como: aumento da violência nos bairros e principalmente, porque eles estariam fora do horário de serviço legalmente estabelecido, o que lhes poderia gerar prejuízos, caso sofressem algum acidente ou intercorrência. Os profissionais relataram também que só comparecem ao domicílio após as 9 h, porque antes desse horário, encontram muitos usuários dormindo, e estes não gostam de ser incomodados.

Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.5 – Percebe-se a presença do adulto trabalhador no horário das visitas das equipes para o cadastro?

Normalmente, segundo relato de 66,7% dos profissionais entrevistados, o adulto trabalhador não está em casa; e quando está, é devido a: férias, licença médica, escala de trabalho ou turno noturno. Ainda são relatados casos de profissionais autônomos ou desempregados.

Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.6 – O cadastro é realizado somente no domicílio do usuário ou também pode ser feito na Unidade?

Todos os profissionais responderam que obrigatoriamente o cadastro tem que ser realizado no domicílio, pois precisam de comprovar a veracidade das informações prestadas para o preenchimento da ficha de cadastro (ficha A). Alguns relataram que até já abriram uma exceção, quando houve insistência do usuário, principalmente para aquele que é trabalhador, mas são casos raros:

Eu até fiz o cadastro, porque eu sabia que ele morava lá... eu já tinha pedido informação ao vizinho... mas, depois marquei um horário e fui

lá para confirmar tudo... não gosto de fazer isso... porém, às vezes é a única forma de cadastrar aquela pessoa (ACS).

Questão 3 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 3.7 – Quais os critérios para a realização do cadastro da família?

O principal critério relatado para a realização do cadastro é o tempo de moradia no bairro, que não pode ser inferior a três meses, exceto para os que se incluem em grupos denominados de risco, como: diabéticos, hipertensos, crianças e gestantes.

- **Questão 4 - TREINAMENTO EM SERVIÇO, item 4.1 – As pessoas que realizam este cadastro (da família) foram treinadas ou capacitadas para essa ação?**

Foi relatado que todos os ACS foram treinados para a realização dessa atividade pelos Enfermeiros das equipes (treinamento em serviço), ou através dos treinamentos introdutórios ou básicos.

- **Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.1 – Como este usuário é identificado ao procurar a assistência na Unidade?**

Através de um cartão de consulta que contém: a micro-área, o nome do ACS e a identificação da família. Esse cartão é entregue ao usuário após a realização do cadastro da família e da abertura do prontuário. O fato de a família estar cadastrada não gera a abertura automática do prontuário. O prontuário só é aberto quando ocorre a solicitação de consulta.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.2 – Existe algum tipo de controle ou avaliação de frequência deste usuário à Unidade?

Em algumas USF, foi relatado que é feita busca ativa para os faltosos dos programas (diabéticos, hipertensos e gestantes). Mas, que na rotina da unidade não existe esse tipo de controle ou avaliação.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.3 – Estes usuários apresentam regularidade aos tratamentos indicados?

Cerca de 70 a 80% dos usuários diabéticos, hipertensos e gestantes apresentam regularidade ao tratamento e comparecem às USF para as consultas e atividades educativas planejadas.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.4 – Retornam pela mesma queixa?

Observou-se nos relatos que os mais queixosos são os idosos e os que apresentam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As queixas mais frequentes são os distúrbios respiratórios e as dores provenientes de processos reumáticos e inflamatórios. Porém estes idosos são os que mais participam de atividades propostas na USF, como: as caminhadas, ginástica orientada, lanches, oficina de artesanato e cuidados pessoais. Estas atividades constam das propostas do programa para o grupo da 3ª idade, facilitando o acesso do idoso as ações de promoção e prevenção à saúde.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.5 – Retornam nas consultas agendadas?

Foi relatado que este retorno apresenta uma variação muito grande, mas que cerca de 70% dos usuários retornam nas consultas agendadas, principalmente os diabéticos e hipertensos devido à distribuição de medicamentos. Observa-se que as gestantes também comparecem às consultas previamente agendadas. Um dado importante observado foi que alguns usuários, que apresentavam resistência ao cadastro da família e a utilização dos serviços da USF, porque possuíam planos de saúde, hoje estão cadastrados e agendam consultas, principalmente pelo fato de que os planos de saúde não fornecem a medicação gratuita, como ocorre nas USF.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.6 – Quando solicitam as visitas domiciliares, são prontamente atendidos?

Foi relatado que o tempo de resposta à solicitação de visita é relativo, pois nem todas as visitas são realizadas por médicos e enfermeiros. Se houver um pedido do ACS ou do próprio usuário, o enfermeiro solicita ao auxiliar de enfermagem que realize a visita para avaliar a necessidade da presença do médico ou do enfermeiro. Caso seja algo grave, o procedimento é acionar o serviço de ambulância a fim de remover esse usuário ao pronto socorro ou ao pronto atendimento de referência. Do contrário, as visitas seguem os agendamentos de cada equipe. Dependendo da situação apresentada e da disponibilidade da equipe, as visitas poderão ser realizadas em regime de exceção.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.7 – Os usuários de uma forma geral identificam-se como trabalhadores?

Os profissionais entrevistados relataram que esta identificação talvez ocorra mais para o funcionário do fichário e que normalmente esta identificação não é muito observada na consulta, depende mais do problema apresentado pelo usuário.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.8 – Solicitam alguma preferência de atendimento justificada pelo horário de trabalho?

Sim, na maioria das vezes solicitam, principalmente se as consultas estiverem demorando. Mas, segundo o relato dos entrevistados, não existe nenhuma rotina estabelecida pela coordenação da Unidade que institua uma preferência de atendimento. Às vezes, o próprio trabalhador tenta negociar com os outros usuários a possibilidade de lhe cederem a vez para adiantar a consulta.

Questão 5 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 5.9 – Existe na Unidade algum critério de atendimento a estes usuários trabalhadores?

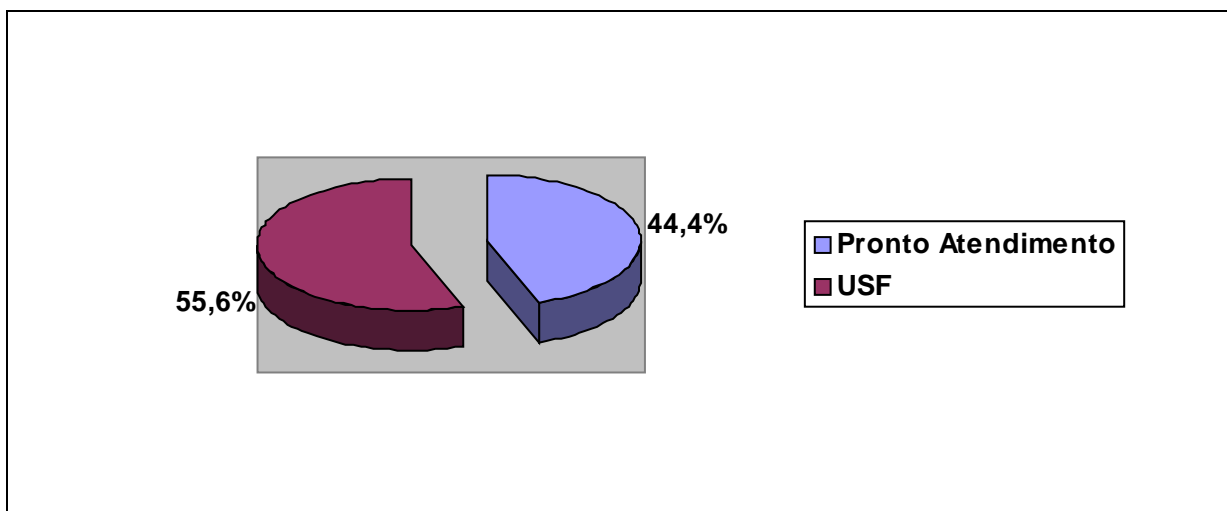
Não existe. O que pode ocorrer segundo os profissionais entrevistados é que se o usuário estiver passando muito mal, ele pode ser autorizado a passar na frente dos outros; caso contrário terá que aguardar a sua vez de consultar. Não foi observada por parte dos entrevistados, qualquer manifestação favorável à rotina de preferência de atendimento ao trabalhador, conforme se observa no discurso a seguir:

Passar na frente por quê? Ele não tem direito de faltar ao serviço quando apresenta atestado médico?... Todos acordam cedo para pegar um lugar no atendimento, porque que ele também não faz assim?... é tanta gente com preferência que eu nem sei mais quem eu peço para passar na frente, o idoso reclama, a gestante reclama... e o trabalhador? Ele tem é que se organizar, nós não somos trabalhadores também? Quem é que dá preferência para a gente? (ACS). A enfermeira da minha equipe disse que o trabalhador tem o direito de se consultar ... e os médicos eles dão atestado ou aquela declaração de comparecimento. Sabe qual é? É só pedir... então acho que é medo mesmo de perder o emprego, né?

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E DISCURSO DOS ADULTOS TRABALHADORES

Neste item, serão apresentados os dados referentes ao discurso de 18 adultos trabalhadores que participaram da entrevista, sendo 08 (44,4%) usuários do Pronto Atendimento Municipal e 10 usuários das USF (55,6%), conforme demonstrado no Gráfico 9.

Gráfico 9 - Distribuição percentual de trabalhadores adultos que participaram da pesquisa por local de utilização do serviço, Vitória 2006.

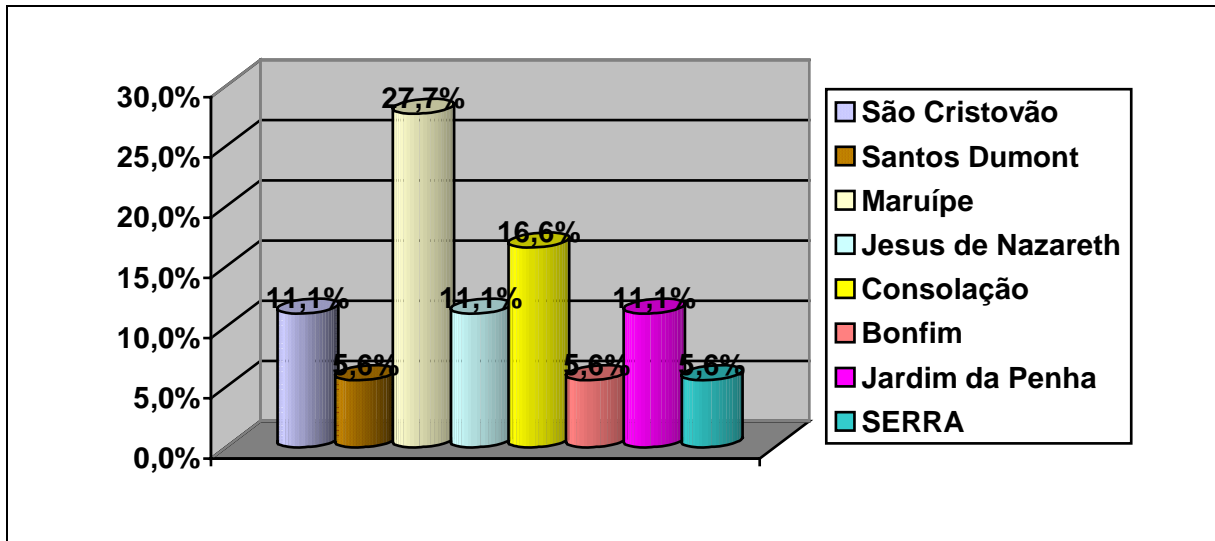


6.2.1 Caracterização dos adultos trabalhadores

De acordo com o levantamento do perfil dos adultos trabalhadores através de formulário próprio (ANEXO C), 11 (61,1%) são do sexo masculino e 07 (38,9%), do sexo feminino, sendo a idade média apresentada de 36,2 anos. Os homens apresentaram uma idade média de 36,7 anos; e as mulheres, de 35,4 anos. Quanto ao estado civil, 10 (55,6%) afirmaram ser casados, 07 (38,8%), solteiros e 01, (5,6%) viúvo. Quanto a possuírem moradia própria, 13 (72,2%) responderam residir em moradia própria, e apenas 05 (27,8%), em moradia alugada. Observou-se que dos 13 que afirmaram ter casa própria, 06 são solteiros e moram com os pais, o que corresponderia a 46,1% dos 72,2%.

Quanto ao endereço residencial informado, os entrevistados apresentaram a seguinte distribuição, demonstrada no gráfico abaixo.

Gráfico 10 - Distribuição percentual de trabalhadores adultos por procedência, segundo endereço residencial, Vitória 2006.



Foi observado que usuários de bairros, que possuem USF, também utilizam o serviço de Pronto Atendimento, principalmente nos finais de semana, quando as USF não funcionam.

Outro fato interessante é que tais usuários também utilizam o Pronto Atendimento durante a semana por ser o serviço de saúde mais próximo do seu local de trabalho.

Quanto ao número de pessoas que compõem a família dos entrevistados, ficou demonstrado que este varia entre 01 a 07 pessoas, sendo a média de 04, a mais freqüente; porém, o número de pessoas que contribuem para a renda familiar variou entre 01 a 04, sendo a média de 02, a mais freqüente.

A renda familiar declarada variou entre R\$ 700,00 a R\$ 3.500,00. O valor declarado de renda familiar com maior freqüência pelos entrevistados apontou o correspondente a 02 salários mínimos, conforme demonstrado no Quadro 6.

Quadro 7 – Distribuição do nº de pessoas por família, produção, renda mensal e plano de saúde, Vitória, 2006.

<i>Nº de pessoas que compõem as famílias</i>	<i>Nº de pessoas que contribuem para a renda familiar</i>	<i>Renda Mensal Familiar declarada R\$</i>	<i>Plano de saúde</i>
04	04	3.000,00	não
03	02	2.100,00	sim
05	02	700,00	não
02	01	1.400,00	não
06	02	800,00	não
07	01	700,00	não
04	02	770,00	não
02	02	700,00	não
01	01	700,00	não
04	02	2.100,00	não
03	03	1.350,00	não
05	04	1.500,00	não
04	02	1.100,00	não
04	04	3.450,00	sim
05	04	2.600,00	não
03	02	1.600,00	não
02	02	3.000,00	não
02	02	3.500,00	não

Dos entrevistados, 16 (88,9%) declararam não possuir plano de saúde, nem individual, nem familiar, por isso utilizam a rede pública. Somente 02 usuários declararam ter plano de saúde (11,1%), porém, todos os dois utilizam a rede pública.

Um deles estava utilizando a USF porque ficava mais perto de sua residência e devido ao fato da unidade ter iniciado o atendimento até às 22 h; e o outro, porque precisou do serviço público para a aplicação de vacinas.

Eu vim porque minha esposa insistiu, eu prefiro utilizar o serviço credenciado, mas não tenho nada contra a unidade; aliás, nem sabia que estava funcionando até as 22 h, é uma boa para quem não tem plano de saúde... por exemplo, eu cheguei do serviço agora, já pensou, pegar o carro de novo, enfrentar o trânsito? Essa opção é até interessante, principalmente para a gente que trabalha o dia todo...

Fui ao Pronto Atendimento porque fui mordida por um gato e tinha que ser atendida. Informaram-me que somente nas unidades é que fazem esse atendimento e vim também porque era o local mais perto do meu trabalho... (USER).

Analisando o Quadro 6, quanto a renda familiar declarada observa-se que em preço de mercado atual um plano de saúde individual comprometeria cerca de 17% a 20% da renda familiar, inviabilizando assim, o acesso desses trabalhadores e sua família a assistência prestada pelo serviço privado de saúde.

Quanto à escolaridade, observa-se no Gráfico 11, que 05 (27,8%) entrevistados possuem o ensino fundamental incompleto, em oposição a 02 (11,1%) usuários que afirmaram estar cursando graduação, e a 02 (11,1%) usuários com nível superior completo e pós-graduação. Dos 18 (100%) entrevistados, 06 (33,3%) declararam ter concluído o ensino médio.

Gráfico 11 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto à escolaridade, Vitória, 2006.

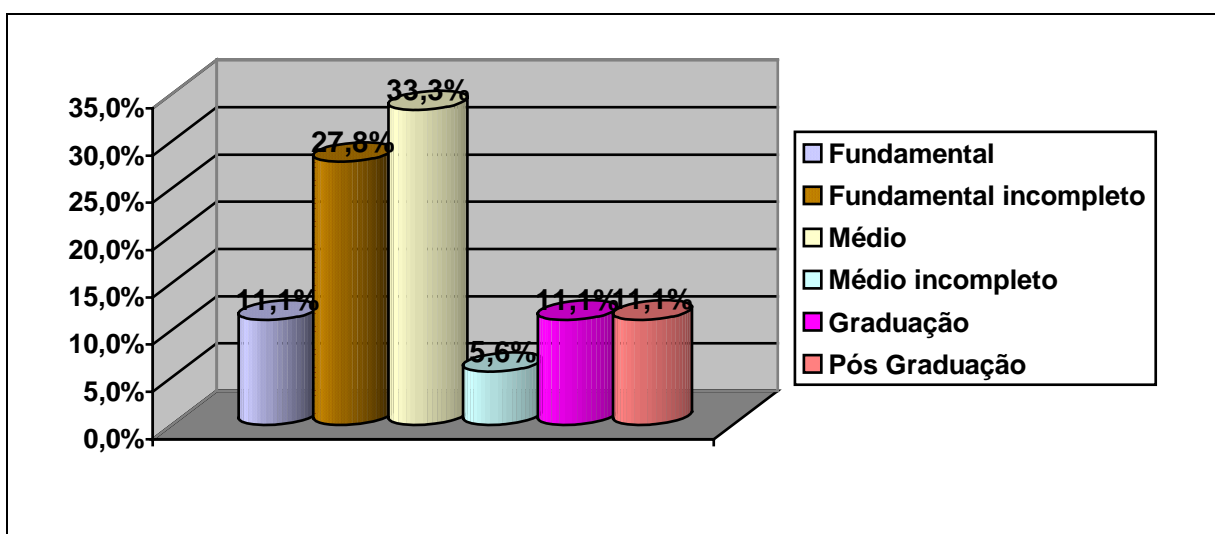
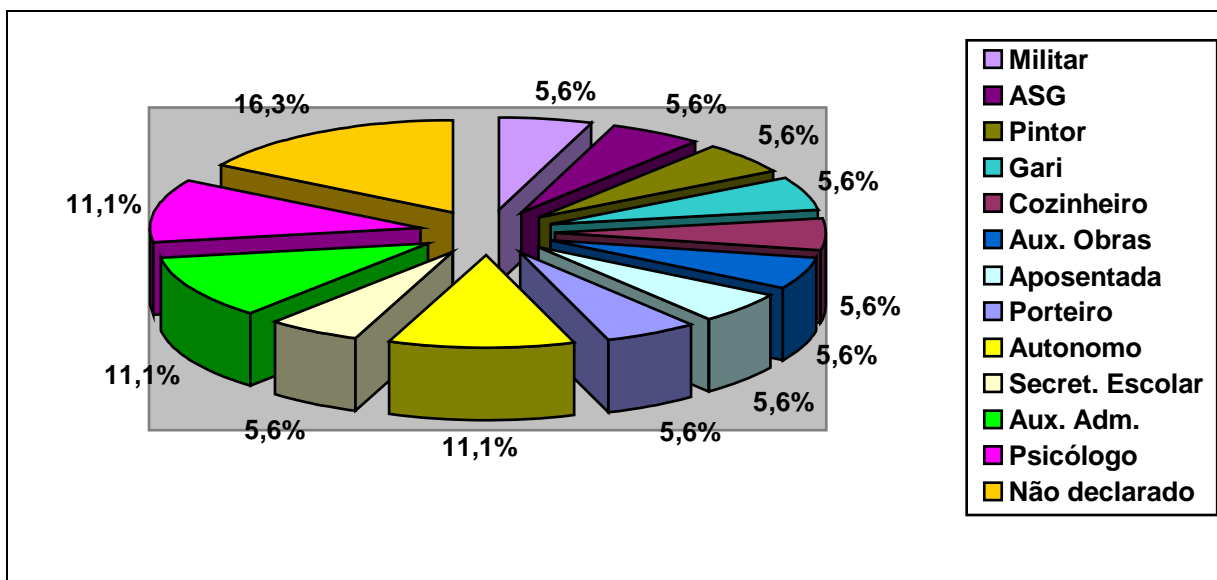


Gráfico 12 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto à atividade profissional, Vitória, 2006.

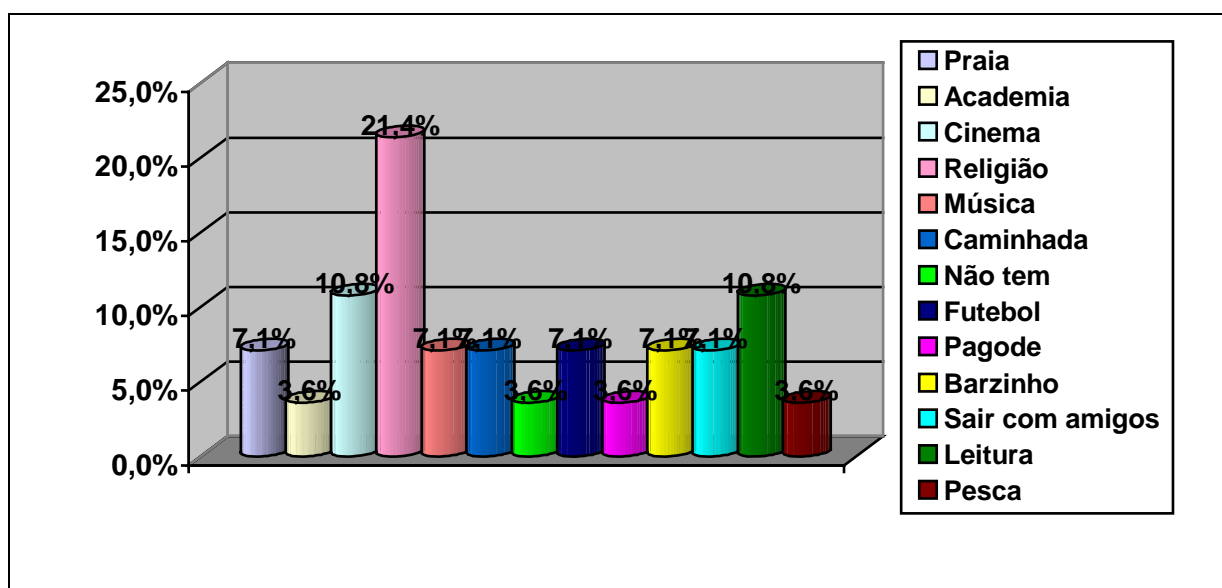


Observa-se no gráfico acima que os entrevistados representam uma grande diversidade de profissões hoje existentes no mercado produtivo. Dentre os que informaram a sua ocupação grande parte afirmou trabalhar com carteira assinada, com exceção de 02 autônomos (11,1%), 01 (5,6%) aposentada e 01 (5,6%) militar. Complementando as informações obtidas através das entrevistas, os ACS informaram que há um grande número de trabalhadores que procuram a USF que são operários da construção civil, empregadas domésticas, comerciantes e autônomos.

Os ACS também informaram que muitos moradores preferem não declarar a sua atividade profissional ou de subsistência, preferem o anonimato e essa atitude se torna mais freqüente nas regiões de saúde com maior índice de violência, subemprego e tráfico de drogas.

Quanto às atividades de lazer ou recreação observou-se que 06 (21,4%) dos entrevistados afirmaram que ir à igreja ou participar de alguma atividade religiosa é a sua atividade de lazer preferida. As respostas foram bem diversas e considerou-se para análise, até duas respostas por entrevistado. Outro dado interessante é que 100% dos entrevistados afirmaram não participar de nenhuma atividade comunitária no bairro.

Gráfico 13 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto às atividades de lazer, Vitória, 2006.



6.2.2 Análise da inserção dos adultos trabalhadores nas ações de saúde desenvolvidas em Unidades de Saúde da Família

Foram analisadas as ações de assistência à saúde contempladas nas perguntas do instrumento de entrevista (ANEXO B), que é composto das seguintes questões: 1- Ações de assistência; 2- Características do serviço; 3- Atividades relacionadas ao cadastro da família; 4- Avaliando a assistência à família.

- Questão 1 – AÇÕES DE ASSISTÊNCIA, item 1.1 – **Você utiliza os serviços de saúde do seu bairro? Justifique.**

1.1.1 Em caso afirmativo: dos 18 (100%) entrevistados, 11 (61,1%) afirmaram que utilizam o serviço da unidade do bairro; sendo 07 (63,6%) homens e 04 (36,4%) mulheres. Os serviços utilizados citados foram: as consultas médica e odontológica; os procedimentos como, exames de laboratório e verificação de pressão arterial; e o serviço de farmácia para a distribuição de medicamentos. Somente 3 (27,3%), além de comparecerem às consultas, afirmaram freqüentar também as palestras e as atividades de prevenção e promoção à saúde, como o programa de hipertensão e de prevenção de câncer de colo de útero e de mama.

1.1.2 Em caso negativo: dos 18 (100%) entrevistados, 04 (22,2%) responderam que não utilizam, e 01 (5,6%) respondeu que utiliza raramente. Dos que responderam que não utilizam o serviço, 02 (50%) justificaram que gostariam de utilizar, mas se vêem impossibilitados por causa do horário de trabalho:

Na minha família, tem um monte de gente com problema de coração, daí eu gostaria de fazer uns exames e um acompanhamento, sei lá se eu também tenho... mas não consigo por causa do meu horário de trabalho... eu estava trabalhando quando passei mal, fui ao pronto atendimento e fiquei lá umas três horas... me falaram que era dengue, fiquei mal mesmo... Não tem condição, porque eu trabalho todo dia de 08 h às 18 h, e no sábado até às 12 h, então, se não tivesse esse atendimento novo das 22 h, como eu ia ficar? Não estou me sentindo bem desde ontem... (USER).

- **Questão 2 – CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.1 – Você conhece os profissionais da unidade?**

Dos 11 (61,1%) entrevistados que afirmaram utilizar o serviço, apenas 03 (27,3%) responderam que conhecem alguns profissionais, e 01 (9,1%) respondeu que conhece muito superficialmente.

Questão 2 – CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.2 – Tem conhecimento do horário de realização das atividades na Unidade?

Dos 11 (61,1%) entrevistados que afirmaram utilizar o serviço, somente 01 (9,1%) respondeu que o horário era de 7 as 17 h, os demais não tinham certeza.

Questão 2 – CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.3 – Tem conhecimento de como são agendados os atendimentos na Unidade?

A maioria respondeu que os atendimentos são agendados de 2ª a 6ª feira, porém sem apresentar um conhecimento exato sobre horário, quantidade de fichas para atendimento e critérios para marcação de consultas, apresentando grande diversidade de informações ou informações incompletas. Alguns entrevistados informaram que às vezes procuram o ACS para obter essa informação.

Questão 2 – CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO, item 2.4 – **Tem conhecimento de como são agendados os atendimentos no domicílio?**

Dos 11 (61,1%) entrevistados que afirmaram utilizar o serviço, 06 (54,6%) responderam que é responsabilidade do ACS notificar a unidade de que a família precisa de atendimento em domicílio. Os demais não souberam responder.

Questão 3 – ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA, item 3.1 – **Conhece o cadastro da família?** Esta questão não será analisada por não ser relevante ao objetivo proposto.

Questão 3 – ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA, item 3.2 – **Sua família é cadastrada?** item 3.3 – **Quem realizou o cadastro?**

Dos 11 (61,1%) entrevistados que afirmaram utilizar o serviço, 08 (72,7%) responderam que suas famílias são cadastradas e que quem realizou o cadastro foi o ACS.

Questão 3 – ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA, item 3.4 e 3.5 – **Em que horário foi realizado esse cadastro? Estava presente no domicílio no horário das visitas das equipes para o cadastro?**

Dos 11 (61,1%) entrevistados que afirmaram utilizar o serviço, 06 (54,6%) afirmaram que o cadastro foi realizado pela manhã, pois estavam em casa quando da realização do mesmo; e 05 (45,4%) não souberam informar, visto que estavam trabalhando.

A IC desta questão é reforçada com o discurso dos entrevistados:

Naquele dia eu tirei uma folga e por sorte a estagiária me achou em casa, foi muita sorte mesmo, porque eu nunca estou em casa neste horário... na realidade eu nem sei se minha família é cadastrada, não sei mesmo... eu acho que minha irmã sabe porque ela é quem fica em casa... aí só se minha esposa responder né? Porque eu não fico em casa, então se passaram lá para cadastrá-la deve ter feito o

cadastro... mas eu não sei porque trabalho até no sábado... eu sei que minha esposa vai na unidade, isso eu sei... (USER).

Questão 3 – ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA, item 3.6

– **Quem prestou informações sobre sua família?**

A maioria respondeu que foi um membro da família, mãe, esposa, irmã ou afirmaram desconhecer que a família fosse cadastrada.

Questão 4 – AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 4.1 – **Ao procurar a Unidade como você se identifica?**

Os usuários cadastrados informaram que apresentam o cartão da unidade no fichário e se identificam como moradores do bairro.

Questão 4 – AVALIANDO A ASSISTÊNCIA A FAMÍLIA, item 4.2 – **Existe regularidade do profissional que atende você na Unidade?**

A maioria informou que dos profissionais da USF, o ACS é o que apresenta mais regularidade, ou presença constante. Os ACS e os profissionais de saúde informaram que quando o usuário é atendido na demanda espontânea realmente não há continuidade de atendimento pela equipe de referência. Mas que nas consultas da demanda organizada são os mesmos profissionais que prestam atendimento àquele determinado usuário.

Na questão 4 - AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, os itens 4.3, 4.4, 4.5, e 4.6 não foram analisados, pois não apresentaram relevância para a discussão proposta neste estudo.

Questão 4 – AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 4.7 e 4.8 – **Ao procurar a Unidade, solicita alguma preferência de atendimento justificada pelo seu horário de trabalho? Já foi atendido em sua solicitação?**

Dos 11 (61,1%) usuários que afirmaram utilizar o serviço da USF, cerca de 50% informaram que já solicitaram alguma preferência no atendimento, mas não foram

atendidos, pois tiveram que aguardar o atendimento. Os demais afirmaram aguardar a sua vez para ser atendido.

Questão 4 – AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA, item 4.9 – Sabe se existe na Unidade algum critério especial de atendimento aos usuários trabalhadores?

100% dos entrevistados que utilizam o serviço da USF, responderam que não sabem se existe algum critério de atendimento, mas acham que deveria existir. Quanto ao horário de funcionamento de algumas USF estendido até as 22 h, alguns dos usuários entrevistados desconheciam a extensão do horário, mas afirmaram que seria uma boa opção para o atendimento ao trabalhador. Os ACS também afirmaram que a extensão do horário de funcionamento da USF teve uma boa repercussão entre os moradores do bairro e que deveria permanecer como estratégia de atendimento para aqueles que não podem vir na USF durante o dia.

Para os adultos trabalhadores que foram entrevistados no Pronto Atendimento 24 h do município (ANEXO F), foi inserido um item específico do setor, os demais itens foram inseridos na análise geral dos entrevistados nas USF. **Questão 5 item 5.5 – Você utiliza sempre o serviço do Pronto Atendimento? Por quê?**

Dos 08 (100%) entrevistados no Pronto Atendimento Municipal, 04 (50%) afirmaram que sempre utilizam o serviço. Entre as justificativas para a utilização do mesmo, está à hipertensão, a dor de dente, a aplicação de medicamentos injetáveis como: benzetacil, vacina antitetânica e anti-rábica, e o mal-estar geral e súbito. 03 (37,5%) destes também utilizam a USF do seu bairro para consultas, mas não participam das atividades de prevenção e promoção à saúde. Os outros 04 (50%) responderam que só utilizam o serviço de Pronto Atendimento em casos de intercorrências, quando estão trabalhando e passam mal e/ou porque não conseguem atendimento na USF do seu bairro devido ao horário de trabalho.

Eu utilizo o serviço por causa do horário de trabalho, mas mesmo que tivesse essas palestras em outro horário eu também não iria, acho que não iria... É melhor vir a noite e consultar, é mais rápido... (USER).

Capítulo VII:

Considerações finais

No mínimo, a avaliação dos sistemas e programas de atenção primária exige a consideração da obtenção dos aspectos da atenção primária. Além disso, os sistemas de atenção primária podem ser avaliados ou comparados de acordo com o impacto que têm sobre o estado de saúde das populações e das pessoas (STARFIELD, 2002).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo proposto, ao se analisar as realidades e perspectivas da assistência à saúde do trabalhador do município de Vitória, foram observadas várias vertentes ou vários olhares, considerando que se trata de um assunto complexo, inserido num emaranhado de órgãos públicos que seriam responsáveis pela assistência à saúde do trabalhador, como os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde.

Os caminhos percorridos ou aqueles a percorrer em busca de uma assistência digna à saúde do trabalhador adulto cidadão, certamente passarão por conquistas baseadas em políticas públicas, porque a simples rotina ou a vontade de um grupo de profissionais da saúde não são suficientes para mudar a realidade que está posta hoje, não só no município de Vitória, como em outros municípios do Estado do Espírito Santo, e de uma forma mais abrangente, no Brasil.

Apenas pequenas ações, como a extensão do horário de atendimento das Unidades de Saúde da Família do município até às 22 h, baseadas em hora extra e/ou contratos temporários, não garantirão a efetividade ou a continuidade dessa proposta municipal em atender esse usuário após o seu horário de trabalho.

A 3ª CNST talvez na atualidade, tenha apontado o caminho para a garantia dos direitos à saúde do trabalhador, com a proposta de integração das ações do SUS e de treinamento das equipes do PSF para que as ações de vigilância à saúde do trabalhador tornem-se efetivas. Hoje, no município de Vitória, a saúde do trabalhador encontra-se no desenho do organograma da SEMUS, incorporada às ações de vigilância em saúde, representada por uma referência técnica, sem uma relação pontual com os departamentos que desenvolvem as ações de saúde básicas e as de educação em serviço.

Nas formas de financiamento e gestão da saúde, discute-se atualmente os documentos do Pacto pela Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399/2006 em 03 dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que não contemplam ações para o desenvolvimento desse serviço. Os eixos estratégicos propostos pelo atual governo municipal são, a saber: Desenvolvimento sustentável com inclusão

social, Democratização da Gestão Pública, Defesa da Vida e Respeito aos Direitos Humanos. Esses eixos também não abordam o tema. Portanto, ainda é um assunto à margem da saúde.

As ações de promoção e prevenção à saúde estão voltadas para a criança, a mulher, o adolescente, o idoso e a vigilância à saúde. Algumas ações individuais vêm sendo desenvolvidas nas USF, por profissionais que percebem ou perceberam a necessidade do trabalhador em relação às ações, não só as de assistência à saúde, como também, aquelas relacionadas à promoção e à prevenção à saúde. A realidade do município está centrada no aumento da cobertura do PSF, através de profissionais de saúde com experiência assistencial curativa, voltada para o modelo hospitalocêntrico, e que ainda não foram despertados, conscientizados e/ou capacitados para as ações da saúde coletiva.

Existe hoje, um PSF afogado pelas demandas de atendimento às consultas e às intercorrências clínicas, algumas propostas de ampliação de horário de atendimento das unidades presas a processos administrativos de contratação de pessoal, certas equipes incompletas há meses e uma alta rotatividade de profissionais que interfere no vínculo necessário do profissional com a equipe e com o usuário.

As perspectivas de mudanças são apontadas por equipes do nível central da SEMUS, que tentam, através das rodas de educação, discussões e oficinas, mudar o conceito de atendimento prestado atualmente pelo PSF. Existem propostas de oferta de cursos de especialização *lato sensu* para os profissionais do PSF, na área de saúde coletiva; e para os profissionais da Vigilância em Saúde, na área de Vigilância Sanitária; além da elaboração de instrumentos para a realização do diagnóstico situacional das dificuldades técnicas das equipes para nortear as ofertas de treinamento e capacitação.

As ações mais pontuais vêm sendo desenvolvidas pelo GAS, CES e GVS, sem uma articulação formal, ainda em grupos de discussão. Porém, já se consegue vislumbrar a possibilidade de mudanças, pois se percebe que existe hoje, a consciência dos gerentes e gestores da SEMUS a respeito das deficiências da assistência prestada

nas USF, da ausência de indicadores que norteiem as ações das equipes e da inexistência de uma política pública de ordenação dessas ações, o que fragiliza todo o sistema.

Faz-se necessário que seja estabelecida uma política de saúde do trabalhador no município de Vitória, que contemple de forma ampla as ações de saúde, com envolvimento dos setores da SEMUS que cuidam da atenção básica e com referências técnicas envolvendo os profissionais das UBS e USF nas capacitações e ações de segurança e saúde do trabalhador no município, conforme determina a RENAST e a PNSST.

Este estudo não se propõe a esgotar todas as faces da administração da saúde do município de Vitória, mas visa apenas a apontar questões que possam nortear ou subsidiar a efetiva implantação de um programa adequado de assistência à saúde do adulto trabalhador, esse cidadão produtivo, que se encontra inserido no mercado de trabalho formal ou informal e que utiliza as unidades do serviço público para a manutenção de sua saúde; sendo esta, por sua vez, um direito garantido pela Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- 1 ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- 2 ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações e possíveis desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Volume 19 número 1, jan-fev 2003.
- 3 ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- 4 ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- 5 ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 7ª reimpressão. São Paulo: Boitempo editorial, 2005.
- 6 AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- 7 BERZOINI, R.; PAVAN, R. **A segurança do trabalhador**. Folha de São Paulo, p. B2, 25 abr. 2005.
- 8 BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários**. São Paulo. Fundacentro, 2001.
- 9 BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Saúde**. 1997. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sef/estrut2/pcn/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em jun. 2006
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2001a.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001b.

- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família; 5. Brasília, 2001c.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF: projeto de expansão e consolidação da saúde da família**. Brasília, 2002.
- 16 BRASIL. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 183, Brasília, 20 set. 2002. Seção 1.
- 17 BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Versão pronta após sugestões. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.trabalho.gov.br/Empregador/segsau/Conteudo/7307.pdf>>. Acesso em: mar.2006
- 18 BRITO, J. C. ; PORTO, M. F. S. **Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde**. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991 (mimeo.).
- 19 CARDOSO, M. H. C. DE A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16 (2): 499-506, abr-jun, 2000.
- 20 CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Editora UEL: Londrina, 2001. p. 01-25.
- 21 CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- 22 CHIOZZINI, D. **Revolta da vacina: a saúde pública e um novo projeto da sociedade**. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/06_impr.shtml>. Acesso em: jun. 2006.
- 23 COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. DE. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 9 (2): 315 -333, maio-ago. 2002.
- 24 DALLARI, S. **Direito à saúde**. Rede brasileira de educação em direitos humanos. c: 2005. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: jun. 2005.
- 25 DALLARI S. G.; VENTURA, D. de F. L. **O princípio da precaução: dever do estado ou protecionismo disfarçado?** São Paulo em Perspectiva, 16(2): 53-63, 2002.

- 26 DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, out./dez. 2005, v.10, n.4, p.817-827.
- 27 IBGE – Instituto Brasileiro de Geo Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: nov. 2005
- 28 LAZZARATO, M.; NEGRI, A. Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- 29 LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- 30 LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- 31 LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002
- 32 MARX, K. **O Capital.** Livro I. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.
- 33 MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS.** Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- 34 MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- 35 MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- 36 MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2):21-32, 1997.
- 37 PAVAN, R. **Qualidade de vida no Trabalho: Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Portal Fundacentro: 2004. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/CTN/geisat_pnsst.asp?D=CTN>. Acesso em: jun. 2006.
- 38 PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. In. **Ciência e Saúde Coletiva.** ABRASCO, v. 7, n. 2, 2002.
- 39 RODRIGUES, S. B. Fronteiras invisíveis e modernização - formas de ocupação dos espaços simbólicos: implicações para a gerência. In: Encontro Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, 20., 1996, Angra dos Reis. **Anais...**Angra dos Reis: ANPAD, 1996. p. 219-238.

- 40 SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 7-16, 2000.
- 41 STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 42 TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2001.
- 43 UCHÔA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M. F. S. Entre a fragmentação e a Integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Informe Epidemiológico do SUS 2002**. 11(3): 115-128.
- 44 VALE, E. G. Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 5-6, 2000.
- 45 VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. Departamento de Avaliação e Controle. **Estudo Comparativo para o redimensionamento dos Serviços de Pronto Atendimento do Município de Vitória**. Vitória, 1999. (mimeo.).
- 46 VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. **Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro**. Vitória, 2001.

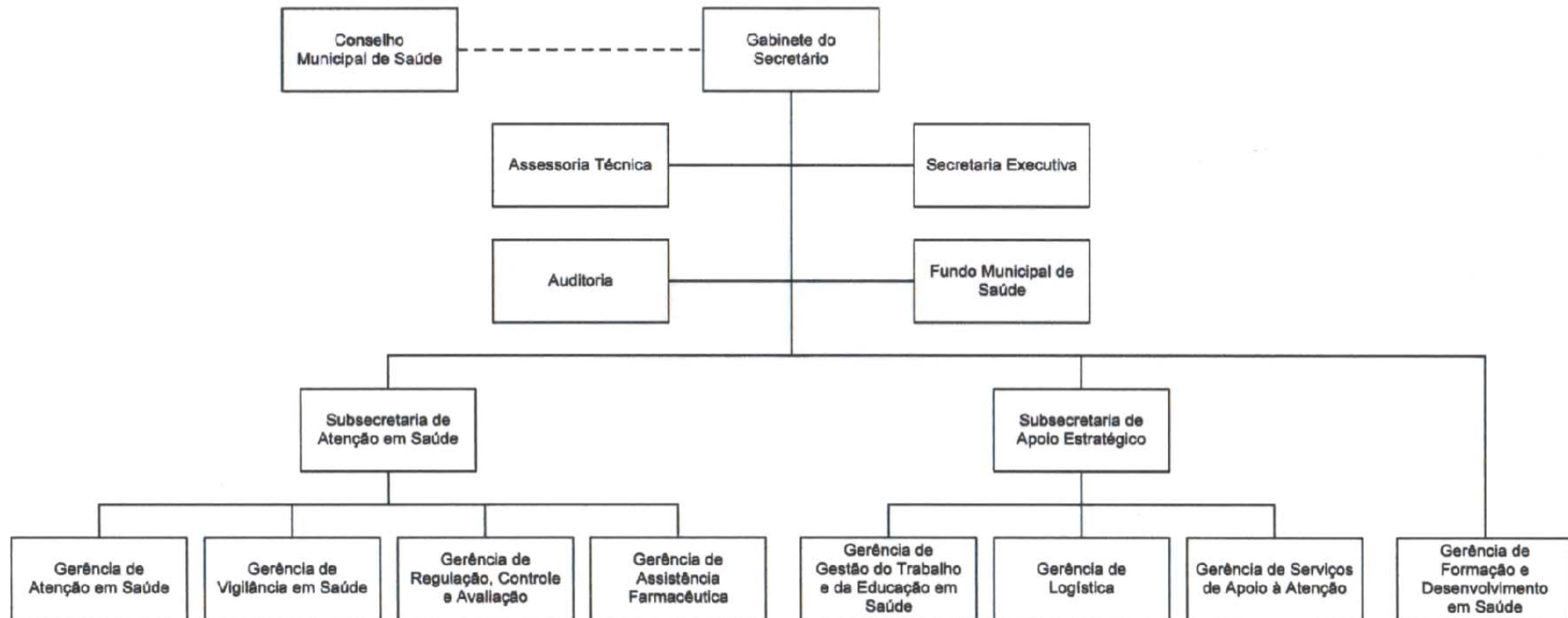
ANEXOS

ANEXO A

ORGANOGRAMA DA SEMUS



Prefeitura Municipal de Vitória
Secretaria de Saúde – SEMUS



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006.

ANEXO A 1

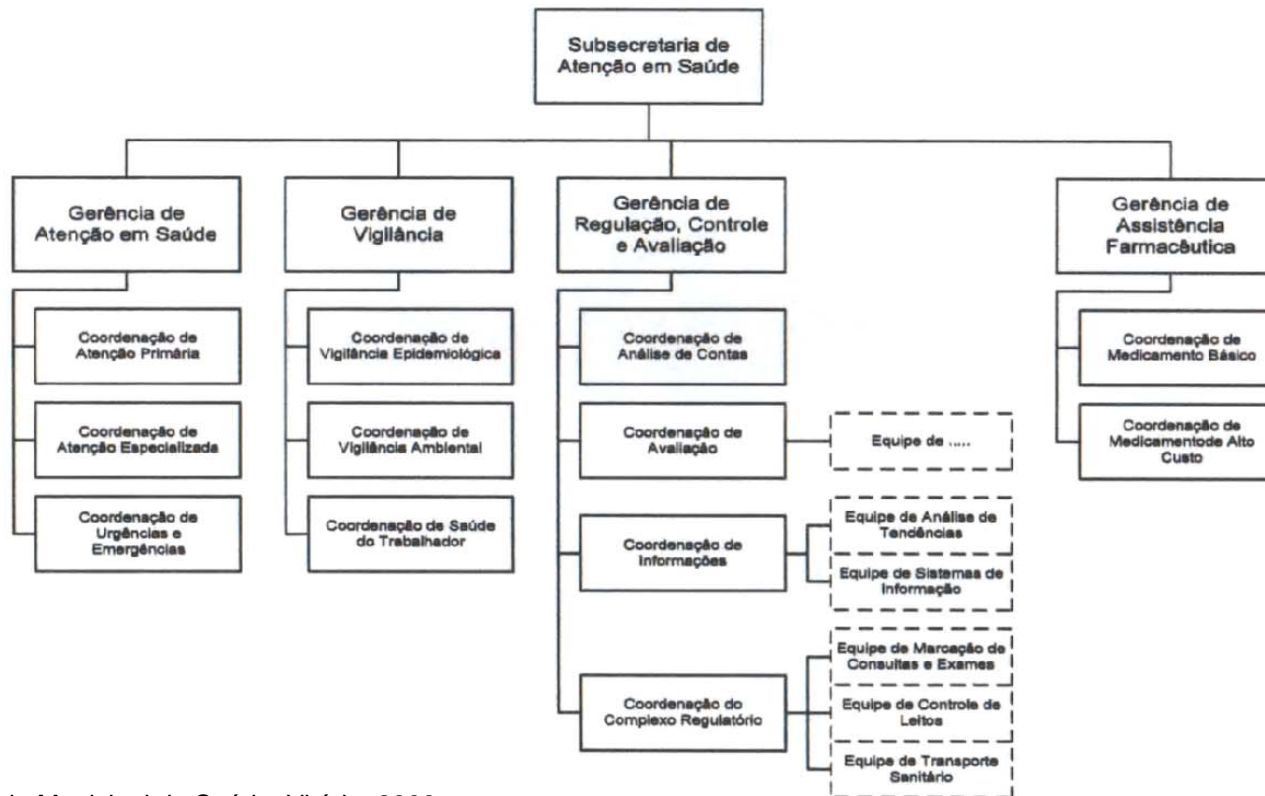
ORGANOGRAMA DA SEMUS



Prefeitura Municipal de Vitória

Secretaria de Saúde – SEMUS

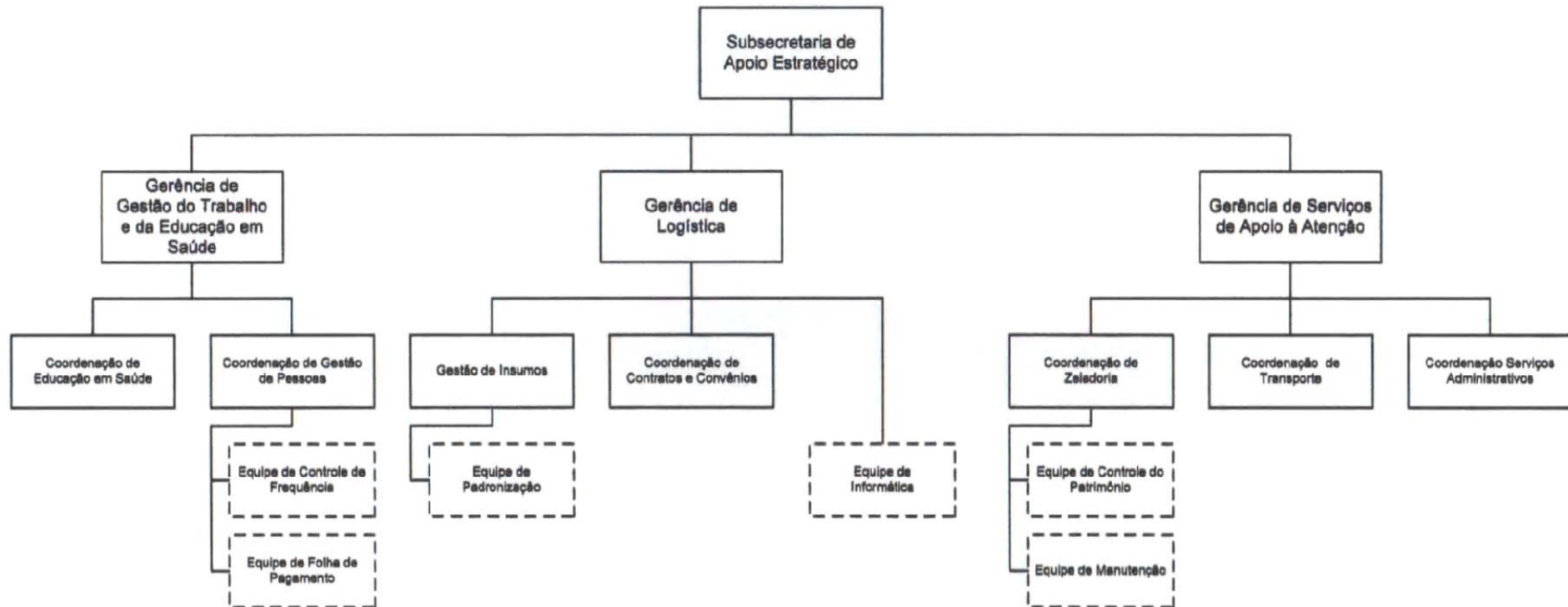
Subsecretaria de Atenção em Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006.

ANEXO A 2

ORGANOGRAMA DA SEMUS Prefeitura Municipal de Vitória Secretaria de Saúde – SEMUS Subsecretaria de Apoio Estratégico



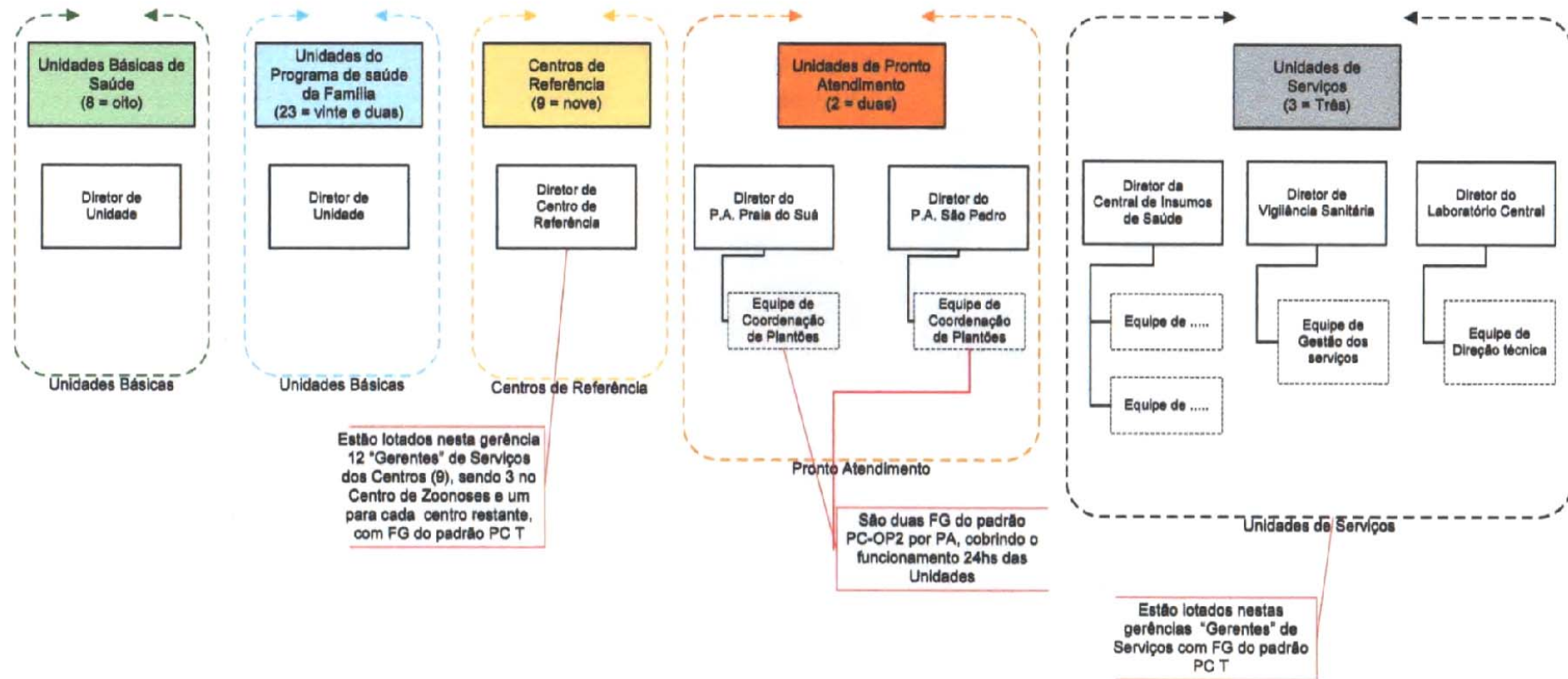
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006.

ANEXO A 3

ORGANOGRAMA DA SEMUS

Prefeitura Municipal de Vitória

Rede de Atenção e Vigilância em Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2006.

ANEXO B
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA AO ADULTO TRABALHADOR
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

REGIÃO DE SAÚDE: _____

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: _____

1- AÇÕES DE ASSISTÊNCIA
1.1 – Você utiliza os serviços de saúde da Unidade do seu bairro?
1.1.1 - Em caso afirmativo , quais as ações de assistência à saúde que são realizadas pela equipe do PSF que você recebe ou de que participa?
Consultas (citar quais profissionais):
Procedimentos (citar quais):
Visitas domiciliares:
Acolhimento:
Palestras:
Campanhas (cite todas):
Outras:
1.1.2 - Em caso negativo , escolha os itens e justifique:
- Horário de funcionamento da Unidade:
- Dificuldade em conseguir atendimento:
- Possui Plano de Saúde:
- Não confia no atendimento:
2- CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO
2.1 – Você conhece os profissionais da Unidade?
2.2 – Tem conhecimento do horário de realização das atividades na Unidade?
2.3 – Tem conhecimento de como são agendados os atendimentos na Unidade?
2.4 – Tem conhecimento de como são agendados os atendimentos em domicílio?
3- ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA
3.1 – Conhece o cadastro da família?

3.2 – Sua família é cadastrada?
3.3 – Quem realizou o cadastro?
3.4 – Em que horário foi realizado este cadastro?
3.5 – Estava presente no domicílio no horário das visitas das equipes para o cadastro?
3.6 - Quem prestou as informações sobre a sua família?
3.7 – Quais os critérios para a realização do cadastro da família?
4 – AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA
4.1 – Ao procurar a unidade, como você se identifica?
4.2 – Existe regularidade do profissional que atende você na Unidade?
Auxiliar Administrativo
Enfermeiro
Médico
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
ACS
4.3 – Apresenta regularidade aos tratamentos indicados?
4.4 – Já retornou à Unidade pela mesma queixa?
4.5 – Retorna nas consultas agendadas?
4.6 – Quando solicita visitas domiciliares, é prontamente atendido?
4.7 – Ao procurar a Unidade, solicita alguma preferência de atendimento justificada pelo seu horário de trabalho?
4.8 – Já foi atendido em sua solicitação?
4.9 – Sabe se existe na Unidade, algum critério especial de atendimento aos usuários trabalhadores?

ANEXO C
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA AO ADULTO TRABALHADOR
PERFIL

UNIDADE DE SAÚDE: _____

REGIÃO DE SAÚDE: _____

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: _____

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome:
Idade:
Sexo: () Masculino () Feminino
Documento de Identificação (CPF ou CI):
2- DADOS SOCIAIS
Endereço Completo:
Moradia: () Própria () Alugada
Estado civil:
Quantas pessoas compõem a família?
Quantas pessoas na faixa etária de 21 a 55 anos trabalham?
3- DADOS ECONÔMICOS
Quantas pessoas do núcleo familiar contribuem para a renda familiar?
Qual a média de rendimento familiar?
4- DADOS CULTURAIS
Escolaridade:
Lazer:
Participação em atividades comunitárias

ANEXO D
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA AO PROFISSIONAL DE SAÚDE DO PSF
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

REGIÃO DE SAÚDE: _____

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: _____

1- AÇÕES DE ASSISTÊNCIA
1.1 – Quais as ações gerais de assistência à saúde são realizadas pela equipe do PSF?
Consultas (citar quais profissionais):
Procedimentos (citar quais):
Visitas domiciliares:
Acolhimento:
Palestras:
Campanhas (cite todas):
Outras:
1.2 – Essas ações são orientadas por quem?
1.3 – São avaliadas por quem?
1.4 – A equipe recebe retorno das avaliações?
2- CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO
2.1 – Como são formadas as equipes?
2.2 – Qual o horário de realização das atividades na Unidade?
2.3 – Como são agendados os atendimentos na Unidade?
2.4 - Como são agendados os atendimentos em domicilio?
3-ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA
3.1 – Como é realizado o cadastro da família?
3.2 – Quem realizou ou realiza este cadastro?

3.3– Existem dificuldades em cadastrar a família?
3.4 – Em que horário são realizados estes cadastros?
3.5 – Percebe-se a presença do adulto trabalhador no horário das visitas das equipes para o cadastro?
3.6 - O cadastro é realizado somente no domicílio do usuário ou também pode ser feito na Unidade?
3.7 – Quais os critérios para a realização do cadastro da família?
4- TREINAMENTO EM SERVIÇO
4.1 – As pessoas que realizam estes cadastros foram treinadas ou capacitadas para esta ação?
() sim () não
4.2 – Estas pessoas relatam dificuldades para realizar esta atividade? (cite todas):
5 – AVALIANDO A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA
5.1 – Como este usuário é identificado ao procurar a assistência na Unidade?
5.2 – Existe algum tipo de controle ou avaliação de frequência deste usuário à Unidade?
5.3 – Os usuários apresentam regularidade aos tratamentos indicados?
5.4 – Retornam pela mesma queixa?
5.5 – Retornam nas consultas agendadas?
5.6 – Quando solicitam as visitas domiciliares, são prontamente atendidos?
5.7 – Os usuários, de uma forma geral, identificam-se como trabalhadores?
5.8 – Solicitam alguma preferência de atendimento justificada pelo horário de trabalho?
5.9 – Existe na Unidade algum critério de atendimento a estes usuários trabalhadores?

ANEXO E
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA AO PROFISSIONAL DE SAÚDE DO PSF
PERFIL PROFISSIONAL

UNIDADE DE SAÚDE: _____

REGIÃO DE SAÚDE: _____

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: _____

1- IDENTIFICAÇÃO
1.1 - Nome:
1.2 - Idade:
1.3 - Escolaridade:
1.4 - Sexo: () Masculino () Feminino
1.5 - Documento de Identificação (CPF ou CI):
2- FORMAÇÃO PROFISSIONAL
2.1 - Cargo ou Função:
2.2 - Tempo de Formação:
2.3 - Instituição de Formação:
2.4 - Cursos de especialização ou aperfeiçoamento na área de Saúde da Família:
3- DADOS GERAIS
3.1 - Há quanto tempo está nesta equipe do PSF?
3.2 - O que o motivou a trabalhar no PSF?
3.3 - Tem um bom relacionamento com os demais membros da equipe?
4- TREINAMENTO EM SERVIÇO
4.1 - A instituição oferece cursos? (em caso de sim , cite quais)
de atualização: () sim () não
-
de aperfeiçoamento: () sim () não
-
de especialização: () sim () não
Outros: () sim () não
-

ANEXO F
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA AO ADULTO TRABALHADOR NO PRONTO
ATENDIMENTO MUNICIPAL
PERFIL E AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: _____

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
1.1 Nome:
1.2 Idade:
1.3 Sexo: () Masculino () Feminino
1.4 Documento de Identificação (CPF ou CI):
2 DADOS SOCIAIS
2.1 Endereço Completo:
2.2 Moradia: () Própria () Alugada
2.3 Estado civil:
2.4 Quantas pessoas compõem a família?
2.5 Quantas pessoas na faixa etária de 21 a 55 anos trabalham?
3 DADOS ECONÔMICOS
3.1 Quantas pessoas do núcleo familiar contribuem para a renda familiar?
3.2 Qual a média de rendimento familiar?
3.3 Possui plano de saúde?
3.4 Qual a sua atividade de trabalho?
3.5 Qual o seu horário de trabalho?
4 DADOS CULTURAIS
4.1 Qual a sua escolaridade?
4.2 Atividades de lazer?
4.3 Participa em quais atividades comunitárias?
5 DADOS RELACIONADOS À SAÚDE
5.1 Utiliza os serviços da US do seu bairro? () sim () não
Por quê?
5.2 Possui cadastro da família? () sim () não
5.3 Estava em casa quando o ACS fez o cadastro da família? ()sim () não
5.4 Participa das palestras e programas da US? Quais?
5.5 Você utiliza sempre o serviço do Pronto Atendimento?
Por quê?

ANEXO G
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS E ADULTOS TRABALHADORES

Título do Projeto: Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador do município de Vitória-ES

Investigador: _____

Local da Pesquisa: _____

Endereço e telefone: _____

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde, agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida, solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso você queira participar. Você só deve participar do estudo, se quiser. **Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.**

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem o objetivo de estudar e conhecer as ações de assistência à saúde prestada pelas equipes do Programa de Saúde da Família - PSF no município de Vitória aos adultos trabalhadores na faixa etária de 21 a 55 anos. Tem a finalidade também de traçar o perfil desse usuário e do profissional da equipe do PSF visando estabelecer melhorias nesta assistência.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O propósito desta pesquisa é conhecer a realidade sobre a assistência prestada aos adultos trabalhadores pelas equipes do Programa de Saúde da Família - PSF nas Unidades de Saúde do município de Vitória-ES.

SELEÇÃO

Para participar desta pesquisa, o (a) entrevistado (a) deverá ser morador (a) deste bairro, ser trabalhador (a) e estar na faixa etária compreendida entre 21 a 55 anos. Poderá ser trabalhador da economia formal ou informal. Os critérios de exclusão de participação desta pesquisa estão direcionados à faixa etária e ao fato de que o entrevistado não poderá estar desempregado no período de realização da entrevista.

PROCEDIMENTOS

A entrevista será realizada através de formulário próprio, com perguntas abertas e fechadas. O primeiro formulário constará de dados pessoais e de identificação com vistas a identificar o perfil do trabalhador desta região. O segundo formulário constará de dados sobre as ações de assistência prestadas pela equipe do PSF na Unidade de Saúde e o cadastro da família. Poderá ser utilizado um gravador nas entrevistas para a complementação dos dados, caso seja necessário.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária, portanto você não será pago por sua participação nesta pesquisa. Você pode decidir não participar da pesquisa. Uma vez que você decidiu participar da pesquisa, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar na

pesquisa e retirar sua participação, você não será punido, nem perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Investigador responsável pela pesquisa e a equipe irão coletar informações sobre você. Em todos esses registros, um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação da pesquisa, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados.

CONTATO COM O PESQUISADOR

Se você ou seus parentes tiverem alguma dúvida com relação à pesquisa, aos direitos do usuário, ou no caso de danos relacionados à pesquisa, você deverá contatar o Pesquisador ou sua equipe (Regina Célia Diniz Werner – Tel.: 9961-0795 – 3324-8923). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo ou o Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, pelo telefone: 3335-7287. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO:

Após a leitura deste termo e da explicação de todos os itens pelo ENTREVISTADOR OU PESQUISADOR, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Porém, eu entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento, sem dar uma razão. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Nome do Entrevistado : _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO H

TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO BIOMÉDICO

Vitória-ES, 29 de junho de 2005

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico

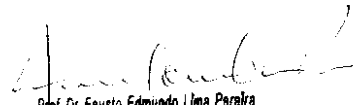
Para: Profa. Dra. Alacir Ramos da Silva e Mestanda Regina Célia Diniz Werner
Pesquisadoras Responsáveis pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "A assistência à saúde do adulto trabalhador no Município de Vitória: Realidades e Perspectivas"

Senhora Pesquisadora.

Através deste informe à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa intitulado: "**A assistência à saúde do adulto trabalhador no Município de Vitória: Realidades e Perspectivas**" e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em reunião ordinária realizada em 29 de junho de 2005.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico / UFES

ANEXO I

TERMO DE APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde

Ofício n.º. 33/2005

Vitória, 19 de julho de 2005

DO: NES/SEMUS

AO: Comitê de Ética em Pesquisa-UFES

Assunto: Aval para Realização de Pesquisa

Prezado (a) Senhor(a),

Comunicamos através deste, que o projeto de pesquisa intitulado "A Assistência a Saúde do adulto do Município de Vitória: Realidade e Perspectivas", de autoria de Regina Célia Diniz Werner, está de acordo com as normas desta instituição, tendo portanto, parecer favorável à sua execução.

Atenciosamente,

JOSEMAN DE A. ALMEIDA COSTA
Gerente do Núcleo de Educação em Saúde

Telefones para Contato:

(27) 3132-5194-(27) 3132-5074

Daniella/ Beatriz/ Giselly

ANEXO J

Análise da questão 3 do ANEXO C: ATIVIDADES RELACIONADAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA, **item 3.3: Existem dificuldades para se cadastrar a família?**

IAD 1

EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
1- Há domicílios em que não se consegue cadastrar porque a pessoa não está em casa (trabalho). Encontram-se crianças sozinhas em casa e as mudanças são constantes.	A- A pessoa não está em casa, está trabalhando. B- População flutuante dentro do próprio bairro.	A- Horário de trabalho do(s) morador(es).
2- Existem sim, como o horário de trabalho do morador, mas raramente a pessoa não quer se cadastrar.	A- A dificuldade está no horário de trabalho do morador.	A- Horário de trabalho do(s) morador (es).
3- Algumas famílias apresentam dificuldades por causa do horário (trabalho).	A- Existem dificuldades em se cadastrar algumas famílias devido ao horário de trabalho.	A- Horário de trabalho do(s) morador(es).
4- Resistência ao atendimento, os ACS precisam retornar em outro horário para achar o morador para realizar o cadastro.	A- Os ACS precisam retornar em outro horário para cadastrarem a família.	A- Horário de trabalho do(s) morador(es).
5- Existe uma população muito flutuante no bairro, muita gente da Bahia, e também muita mudança de domicílio dentro do próprio bairro.	B- População flutuante de fora ou do próprio bairro, que dificulta o cadastro, a atualização e a manutenção da assistência pela equipe.	

IAD 2

A – Existem dificuldades em se cadastrar algumas famílias devido ao horário de trabalho dos moradores.

EXPRESSÕES -CHAVE	DSC
<p>1. Há domicílios em que não se consegue cadastrar, porque a pessoa não está em casa (trabalho). Encontram-se crianças sozinhas em casa e as mudanças são constantes.</p> <p>2. Existem sim, como o horário de trabalho do morador, mas raramente a pessoa não quer se cadastrar.</p> <p>3. Algumas famílias apresentam dificuldades por causa do horário (trabalho).</p> <p>4- Resistência ao atendimento, os ACS precisam retornar em outro horário para achar o morador para realizar o cadastro.</p>	<p>Há domicílios em que não se consegue cadastrar porque a pessoa não está em casa, está no trabalho.</p> <p>Existem (dificuldades) sim, como o horário de trabalho do morador.</p> <p>Algumas famílias apresentam dificuldades por causa do horário de trabalho.</p> <p>Os ACS precisam retornar em outro horário para achar o morador para realizar o cadastro.</p>

IAD 2

B – Existe uma população flutuante nos bairros que dificulta o cadastro da família.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>1- Há domicílios em que não se consegue cadastrar porque a pessoa não está em casa (trabalho). Encontram-se crianças sozinhas em casa e as mudanças são constantes.</p> <p>5- Existe uma população muito flutuante no bairro, muita gente da Bahia, e também muita mudança de domicílio dentro do próprio bairro.</p>	<p>As famílias mudam muito de casa.</p> <p>Existe uma população muito flutuante no bairro, muita gente da Bahia, e também muita mudança de domicílio dentro do próprio bairro.</p>

ANEXO K

DADOS GERAIS SOBRE A POPULAÇÃO, REGIÕES ADMINISTRATIVAS E COBERTURA DO PACS/PSF

EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DA GRANDE VITÓRIA

Tabela 1 - Evolução da população da Grande Vitória, por Municípios – 1940–2000.

Municípios da Grande Vitória	População							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	1996	2000
Cariacica	15228	21741	39608	101422	189099	274532	301183	324285
Guarapari	11256	12350	14861	24105	38500	61719	73730	88400
Serra	6415	9245	9192	17286	82568	222158	270373	321181
Viana	7661	5896	6571	10529	23440	43866	47494	53452
Vila Velha	17054	23127	55589	123742	203401	265586	297430	345965
Vitória	45212	50922	83351	133019	207736	258777	265874	292304*
Grande Vitória	102826	123281	209172	410103	744744	1126638	1256084	1425587

Fonte: IBGE – SEDEC/DIT/INF

* Obs.: A população publicada pelo IBGE para o município de Vitória inclui os bairros: Bairro de Fátima (3.219 habitantes), Carapina I (2.168 habitantes) e Hélio Ferraz (4.306 habitantes). Esses bairros (9.693 habitantes) não entram em nossas estatísticas por serem administrativamente pertencentes ao Município da Serra.

Tabela 2. Evolução da taxa de crescimento geométrico da população da Grande Vitória, por Municípios.

Municípios da Grande Vitória	Taxa de crescimento geométrico						
	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1991	1991-1996	1996-2000
Cariacica	0,036248	0,061819	0,098588	0,06428	0,034471	0,018703	0,018648
Guarapari	0,009319	0,018681	0,049557	0,047937	0,043837	0,036204	0,04641
Serra	0,03722	-0,000575	0,065193	0,169262	0,094151	0,040064	0,043991
Viana	-0,025847	0,010898	0,048276	0,083321	0,058627	0,01602	0,029986
Vila Velha	0,03093	0,091659	0,08331	0,050954	0,024547	0,022906	0,038513
Vitória	0,011964	0,050511	0,047853	0,045586	0,020173	0,005426	0,023976
Grande Vitória	0,018308	0,054292	0,069643	0,061479	0,038349	0,02199	0,032152

Fonte: IBGE – SEDEC/DIT/INF

Relação das Regiões Administrativas por bairro

Região Administrativa	Bairros	Região Administrativa	Bairros	Região Administrativa	Bairros
Região 1	Bairro do Moscoso	Região 3	Ilha de Santa Maria	Região 6	Aeroporto
	Centro		Jesus de Nazareth		Antônio Honório
	Fonte Grande		Jucutuquara		Bairro República
	Forte São João		Monte Belo		Boa Vista
	Parque Moscoso		Nazareth		Goiabeiras
	Piedade	Romão	Jabour		
	Santa Clara		Jardim Camburi		
Vila Rubim		Jardim da Penha			
Região 2	Ariovaldo Favalessa	Região 4	Andorinhas		Maria Ortiz
	Bairro do Cabral		Bairro da Penha		Mata da Praia
	Bairro do Quadro		Bonfim	Morada de Camburi	
	Bela Vista		Itararé	Pontal de Camburi	
	Caratoíra		Joana Darc	Segurança do Lar	
	Estrelinha		Maruípe	Solon Borges	
	Grande Vitória		Santa Cecília		
	Ilha do Príncipe	Santa Marta	Comdusa		
	Inhanguetá	Santos Dumont	Conquista		
	Mário Cypreste	São Benedito	Ilha das Caieiras		
	Santa Tereza	São Cristovão	Nova Palestina		
Santo Antônio	Tabuazeiro	Redenção			
Universitário		Resistência			
Região 3	Bairro de Lourdes	Região 5	Barro Vermelho	Santo André	
	Bento Ferreira		Enseada do Suá	Santos Reis	
	Consolação		Ilha Bela	São José	
	Cruzamento		Ilha do Frade	São Pedro	
	Fradinhos		Praia do Canto		
	Gurigica		Praia do Suá		
	Horto		Santa Helena		
	Santa Lúcia				
	Santa Luiza				

Fonte: SEDEC/DIT/INF – SEDEC/DIT/GEO

CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS

Região Administrativa 1

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 1.

Bairros	Homens	Mulheres	Total
Forte São João	996	1119	2115
Centro	4098	5142	9240
Fonte Grande	723	736	1459
Piedade	289	322	611
Bairro do Moscoso	417	437	854
Santa Clara	653	776	1429
Parque Moscoso	766	942	1708
Vila Rubim	673	764	1437
TOTAL	8615	10238	18853

Região Administrativa 2

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 2.

Bairros	Homens	Mulheres	Total
Ilha do Príncipe	1324	1486	2810
Mário Cypreste	594	684	1278
Ariovaldo Favalessa	374	420	794
Caratoíra	2604	2922	5526
Bairro do Quadro	505	588	1093
Bairro do Cabral	824	864	1688
Santa Tereza	1494	1637	3131
Santo Antônio	3074	3595	6669
Bela Vista	1872	2062	3934
Inhanguetá	1565	1509	3074
Universitário	280	290	570
Estrelinha	986	1087	2073
Grande Vitória	1890	2070	3960
TOTAL	17386	19214	36600

Região Administrativa 3

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 3.

Bairros	Homens	Mulheres	Total
Gurigica	3305	3545	6850
Consolação	921	1088	2009
Horto	77	85	162
Bento Ferreira	2471	2904	5375
Jesus de Nazareth	1711	1663	3374
Monte Belo	1055	1178	2233
Ilha de Santa Maria	1169	1318	2487
Nazareth	304	342	646
Jucutuquara	606	732	1338
Bairro de Lourdes	891	1052	1943
Fradinhos	784	953	1737
Cruzamento	1178	1206	2384
Romão	1569	1636	3205
TOTAL	16041	17702	33743

Fonte: IBGE/Censo 2000 – SEDEC/DIT/INF

Região Administrativa 4

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 4.

Bairros	Homens	Mulheres	Total
Andorinhas	1019	1094	2113
Santa Marta	3299	3614	6913
Joana Darc	1207	1279	2486
São Cristóvão	1964	2123	4087
Itararé	3657	3928	7585
Bairro da Penha	3181	3469	6650
Bonfim	4143	4451	8594
São Benedito	660	705	1365
Santos Dumont	930	1010	1940
Santa Cecília	639	724	1363
Maruípe	1827	2084	3911
Tabuazeiro	3091	3214	6305
TOTAL	25617	27695	53312

Região Administrativa 5

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 5

Bairros	Homens	Mulheres	Total
Praia do Canto	2852	1368	4220
Ilha do Frade	77	12	89
Ilha Bela	249	52	301
Enseada do Suá	162	60	222
Praia do Suá	533	308	841
Santa Helena	416	159	575
Santa Lúcia	793	433	1226
Barro Vermelho	912	309	1221
Santa Luiza	217	92	309
TOTAL	6211	2793	9004

Região Administrativa 6

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 6.

Bairros	Homens	Mulheres	Total
Pontal de Camburi	482	510	992
Jardim da Penha	11145	13478	24623
Mata da Praia	4427	4890	9317
Boa Vista	525	573	1098
Morada de Camburi	524	578	1102
Bairro República	1761	2123	3884
Goiabeiras	1143	1207	2350
Antônio Honório	608	724	1332
Segurança do Lar	202	222	424
Solon Borges	699	774	1473
Maria Ortiz	5519	6040	11559
Jabour	476	507	983
Aeroporto	38	35	73
Jardim Camburi	11065	12817	23882
TOTAL	38614	44478	83092

Fonte: IBGE/Censo 2000 – SEDEC/DIT/INF

Região Administrativa 7

Pessoas residentes por sexo, segundo bairros da Região 7.

Bairros	Homens	Mulheres	Total
São Pedro	2644	2761	5405
Ilha das Caieiras	686	670	1356
Comdusa	375	369	744
Santos Reis	449	514	963
São José	965	1036	2001
Santo André	1279	1331	2610
Redenção	1285	1333	2618
Conquista	829	822	1651
Nova Palestina	2739	2891	5630
Resistência	2857	2883	5740
TOTAL	14108	14610	28718

Fonte: IBGE/Censo 2000 – SEDEC/DIT/INF

INFORMAÇÕES SOBRE COBERTURA DO PACS E PSF, VITÓRIA, 2000

	PACS			PSF		
	Nº ACS	Nº Fam.	Cob. %	Nº Eq.	Nº Fam.	Cob. %
Jan	130	17927	25%	5	4885	7%
Fev	130	17877	24%	16	5020	7%
Mar	136	11667	16%	16	11219	15%
Abr	136	10247	14%	16	13868	19%
Mai	161	10542	14%	17	17819	24%
Jun	161	5977	8%	22	22614	31%
Jul	170	6065	8%	22	24101	33%
Ago	170	8828	12%	22	24217	33%
Set	200	12725	17%	27	26307	36%
Out	212	10361	14%	27	27145	37%
Nov	227	10435	14%	31	27323	37%
Dez	227	10128	14%	31	27510	38%

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br>