

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

ROBERTA MELO VELLO POLDI

**RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E NECESSIDADES DE SAÚDE DE
MORADORES ADSCRITOS A UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DA SERRA-ES**

VITÓRIA
2008

ROBERTA MELO VELLO POLDI

**RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E NECESSIDADES DE SAÚDE DE
MORADORES ADSCRITOS A UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DA SERRA-ES**

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

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges.

VITÓRIA
2008

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

P762r Poldi, Roberta Melo Vello, 1976-
Relação entre trabalho e necessidades de saúde de moradores adscritos a uma unidade de saúde da família do município da Serra-ES / Roberta Melo Vello Poldi. – 2008. 151 f.

Orientador: Luiz Henrique Borges.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde – Serra (ES). 2. Família - Saúde e higiene. 3. Necessidades básicas. 4. Cuidados Primários de Saúde. 5. Trabalhadores - Cuidados médicos. I. Borges, Luiz Henrique. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ROBERTA MELO VELLO POLDI

**RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E NECESSIDADES DE SAÚDE DE
MORADORES ADSCRITOS A UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DA SERRA-ES**

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

Aprovada em 24 de junho de 2008.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Profª. Drª. Maristela Dalbello de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª. Drª. Leny Sato
Universidade de São Paulo

Profª. Drª. Francis Sodré
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória

Profª. Drª. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo

À Humberto e Ana Lúcia, meus pais, que nunca mediram esforços para me fazer feliz

À Francisco, por me fazer acreditar que histórias de amor também existem na realidade.

AGRADECIMENTOS

A busca de conhecimentos é uma tarefa constante para uma possível transformação da realidade. Neste processo, que culminou com a confecção dessa dissertação, foram muitos os colaboradores e certamente eu não teria conseguido realiza-la sozinha.

Assim, agradeço a Deus por me dar saúde e disposição para a vida.

Aos trabalhadores pela simplicidade e riqueza com que expuseram suas vidas. Sem vocês não haveria esta pesquisa. Em especial, agradeço a ajuda indispensável de Seu Manoel e Zélia pela disponibilidade e ajuda na montagem dos grupos.

A Francisco, pelo amor e carinho; por entender e me dar força para alcançar mais este sonho entre tantos na minha vida; por respeitar as minhas ausências. Sem você tudo seria muito difícil. Você me deu o suporte que eu precisava para concluir mais esta etapa.

À toda minha família, em especial a meus pais, pela presença constante. Já perdi as contas das vezes que precisei do apoio de vocês a quem dedico todo o amor e gratidão.

Ao professor Luiz Henrique pelo respeito com que conduziu a minha orientação desde a especialização e por ser mais que um professor, um mestre generoso na partilha dos conhecimentos. Você foi o meu “iniciador” e talvez o principal “culpado” por eu me apaixonar pela Saúde do Trabalhador. Sentirei falta das nossas conversas e também dos lanchinhos.

À professora Maristela pela ajuda fundamental neste trabalho, pelos ensinamentos e pela disponibilidade em colaborar sempre. Sou muito grata.

Às professoras Leny Sato e Francis Sodré pela responsabilidade e dicas preciosas na minha qualifica o e por aceitarem participar da minha banca.

À professora Rita de Cássia Duarte Lima pelo carinho com que sempre me tratou.

Aos meus colegas da Turma de Mestrado, e alguns da outra turma, pela troca de experiências, idéias e utopias, aprendi muito com cada um de vocês. Em especial, às minhas amigas Karina, Kátia, Josilda e Margareth. Sem vocês, eu não teria conseguido. Foram inúmeros trabalhos em grupo, horas de conversas e alguns chopinhos para descontrair. Vocês permanecerão sempre no meu cora o.

Aos profissionais do Núcleo de Controle e Avalia o da Estratégia de Saúde da Família da Serra, Fabiane, Renata, Rose, Silvia e Simone, por me ajudarem prontamente nas inúmeras vezes em que telefonei ou fui   sala de vocês pedir informaçoes.

  coordenadora e profissionais da USF de Jardim Carapina, pelo carinho com que me acolheram nas minhas idas   unidade e pelas informaçoes prestadas.

Aos meus colegas da VISA, em especial, Alessandra, Cíntia, Luzinete, Martha, Plínio e Polyane por "segurarem as pontas" na minha ausência.

E aqueles que certamente devo ter esquecido, perdoem-me pelo ato falho e sintam-se incluídos no tradicional "a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realiza o desta pesquisa".

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

Charles Chaplin

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar e analisar as necessidades de saúde na ótica de moradores, com diferentes inserções ocupacionais, adscritos a uma unidade de saúde da família do município da Serra-ES. A pesquisa foi exploratória, de abordagem qualitativa, baseada em grupos focais compostos por trabalhadores da construção civil e trabalhadoras domésticas. Utiliza a análise temática, tendo como referencial teórico-conceitual a Taxonomia de Necessidades de Saúde de Matsumoto (1999) e a identificação de dois temas: a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença e a relação entre as necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Os dados mostram que o trabalho é, antes de tudo, uma necessidade para a sobrevivência, interferindo diretamente no tempo de estudo e lazer, tendo impacto direto sobre o processo saúde-doença. Esses trabalhadores possuem uma visão pluralista e holística deste processo, articulada com as condições materiais de existência, ressaltando que saúde é ter boas condições de vida e a tranqüilidade que dela decorre. Quanto à utilização dos serviços prestados pela USF do bairro, apontam problemas como: a demora e a dificuldade em conseguir agendamento; a falta de profissionais e de equipamentos necessários; o número de vagas ofertadas menor do que a demanda; o horário de funcionamento da unidade coincidente com o horário de trabalho; a falta de integração dos serviços de referência e contra-referência. Evidenciam a necessidade da garantia ao acesso a todas as tecnologias disponíveis. Demonstram a autonomia no “modo de andar a vida” quando utilizam, além de serviços tidos como pertencentes à Medicina oficial, medidas populares, como a medicina caseira, as práticas médico-religiosas, a automedicação e a consulta ao farmacêutico. Apesar de perceberem a pouca preocupação e responsabilização dos profissionais da unidade com relação à sua saúde, valorizam a dimensão relacional do cuidado, destacando a capacidade de escuta, demonstrando a necessidade de ter vínculo com o profissional ou a equipe de saúde. Apesar da consciência da saúde como um direito e da necessidade de participação da comunidade na luta pela realização deste direito, o serviço público de saúde não cria as condições de espaço e tempo para que, no âmbito da instância participativa, possam emergir as características da tessitura social em que estão inseridos, onde o trabalho é central. Pretendeu-se levantar questões que contribuam

para a inclusão de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, mais especificamente na ESF. Direcionar esses serviços na lógica da satisfação das necessidades de saúde, na ótica de seus usuários, apresenta um potencial de dar visibilidade ao trabalho como um dos fatores determinantes do processo saúde-doença, não reduzindo as ações de saúde do trabalhador à dimensão assistencial, resgatando o protagonismo do trabalhador na construção da integralidade da assistência à saúde.

Palavras-chaves: Determinação de necessidades de saúde. Saúde da família. Atenção primária à saúde. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The study aimed at identifying and analyzing the health needs in the point of view of the ones living in Serra/ES district, with different occupational insertions and added in writing in a health family unit of the same district. The research was exploratory, with a qualitative approach, based on focal groups, composed by civil construction workers and maids. It uses the thematic analysis, having as theoretical-conceptual referential the Matsumoto's (1999) Taxonomy of Health Needs (1999) and the identification of two themes: the relation between work and health-disease process and the relation between health needs and the use of health services. Data show that the work is, above all, a necessity to survive, interfering directly in the study time and pleasure, impacting directly on the health-disease process. It presents a pluralist and holistic vision of this process, articulated with the material conditions of existence, highlighting that health is the same of having good conditions of life and the tranquility that comes with it. About the use of the services given by the district health family unit, it points problems such as: the delay and the difficulty in getting an appointment; the lack of professionals and of necessary equipment; the number of vacancies offered lower than the demand; the unit working schedule that coincides with the worker's labor hours; the lack of the services integration of reference and against-reference. It stands out the necessity to guarantee the access to all available technologies. The people living in the district demonstrate the autonomy in the way they live life, when they use, besides the services considered as belonged to the official Medicine, popular measures, like homemade Medicine, the medical-religious practices, the auto medication and the pharmacist assistance. Despite noticing little preoccupation and responsibility of the unit professionals considering their health, they value the relational dimension of care, emphasizing the listening capacity, showing the necessity of being linked to a professional or to the health team. Despite the health conscience as a right and the necessity to participate in the community fight for such right accomplishment, the public service of health does not give space and time conditions so that, in the participative instance ambit, can emerge the characteristics of social tessitura in which are inserted, having the work as center. The research raises questions that contribute for the inclusion of health occupational actions in primary health care, more specifically in ESF. Directing these services in

the satisfaction logic of health, in their users' optic, presents a potential of giving visibility to work as one of the determining factors of the health-disease process, not reducing the health actions of the worker to the assistance dimension, rescuing the protagonism of the worker in the construction of integrality of health assistance.

Keywords: Health needs. Family health. Primary health care. Occupational health.

LISTA DE SIGLAS

ABO-ES - Associação Brasileira de Odontologia – Seção do Espírito Santo

APS - Atenção Primária em Saúde

CDDH - Centro de Defesa dos Direitos Humanos

DAAM - Departamento de Assistência Ambulatorial

EAC - Estratégia de Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

GF - Grupo Focal

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PST - Programas de Saúde dos Trabalhadores

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SESA - Secretaria Estadual de Saúde

SIAB - Sistema de informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas Para a Infância

USF - Unidades de Saúde da Família

VISA - Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	25
1.1 A RENAST E A PROPOSTA DE CONSOLIDAR AS AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA	25
1.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO FAVORÁVEL PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR	28
1.3 AS NECESSIDADES DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	42
2.1 O BAIRRO DE JARDIM CARAPINA COMO CENÁRIO DE ESTUDO	43
2.2 TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL E TRABALHADORAS DOMÉSTICAS: OS SUJEITO DO ESTUDO	47
2.3 O GRUPO FOCAL COM TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	51
2.4 O TRABALHO DE CAMPO	53
2.5 A ANÁLISE DOS DADOS.....	58
CAPÍTULO III -RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E O PROCESSO SAÚDE DOENÇA	60
3.1 SIGNIFICADO DO TRABALHO NA VIDA	60
3.2 INTERFERÊNCIA DO TRABALHO NA VIDA.....	69
3.3 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A NECESSIDADE DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA.....	75
3.4 RISCOS PERCEBIDOS E MORBIDADES REFERIDAS	82
CAPÍTULO IV - AS NECESSIDADES DE SAÚDE E A UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO	94
4.1 A NECESSIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	95
4.2 A NECESSIDADE DE VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	108
4.3 DIANTE DAS DIFICULDADES A BUSCA POR ALTERNATIVAS.....	116

4.4 ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE A – Breve Apresentação do Município da Serra-ES.....	138
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo Focal.....	141
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação de Menores de 18 Anos nos Grupos Focais	145
APÊNDICE D – Roteiro para as Sessões de Grupo Focal.....	148
APÊNDICE E – Participantes dos Grupos Focais.....	149
ANEXO – Termo de Aprovação do Comitê de Ética.....	150

APRESENTAÇÃO

Iniciando nesta apresentação, faço memória do início de minha atuação profissional, mais especificamente no município da Serra. Ao passar em um concurso da área de saúde, optei por ser lotada na Vigilância Sanitária (VISA), onde, entre outras atribuições, comecei a vistoriar os estabelecimentos de interesse à saúde.

Nesses ambientes, além dos itens que deveria fiscalizar, muitas vezes me deparava com pessoas que pareciam angustiadas com o trabalho ao qual estavam sujeitas e cujo processo não entrava em meu roteiro de inspeção.

A cada nova visita, percebia que, para uma efetiva Vigilância em Saúde, não bastaria fazer com que o estabelecimento vistoriado cumprisse as normas sanitárias, deveria ser dispensada uma atenção especial aos sujeitos e aos seus processos de trabalho. Ao mesmo tempo me perguntava: o que eu e os outros profissionais de saúde, principalmente do Sistema Único de Saúde (SUS), poderíamos fazer diante dessa situação?

Aproximadamente um ano depois, soube que a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), promoveria um Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com o objetivo de capacitar profissionais do Espírito Santo que trabalhavam no SUS, para desenvolverem ações nessa área. Foram disponibilizadas quatro vagas para o município da Serra e eu, imediatamente, candidatei-me para participar do curso. Seria uma oportunidade de adquirir elementos teórico-conceituais que me fizessem compreender melhor o mundo do trabalho e de que adoecem e morrem os trabalhadores nele inseridos.

Apesar de ter tido todo apoio da coordenação e de ser uma pós-graduação direcionada a profissionais de saúde que atuavam no SUS, sendo comum na Saúde Coletiva o discurso da necessidade de um conhecimento interdisciplinar, na prática, muitas pessoas não compreendiam o que uma dentista poderia fazer nessa área e o porquê do meu interesse pela Saúde do Trabalhador. Mas não desisti de buscar novos horizontes, mesmo que percorresse caminhos mais longos, pois tinha a

clareza de que deveria me qualificar para promover saúde e que não deveria limitar as minhas ações à saúde bucal das pessoas.

Nesse curso, lembro-me de ter escutado, pela primeira vez, no meio acadêmico, discussões sobre a centralidade do mundo do trabalho e outras tantas relativas ao aumento do desemprego, da informalidade e da precarização das condições laborais, pois esses são assuntos comuns no cotidiano das pessoas. Foi também quando comecei a me preocupar com o impacto dessas mudanças no SUS e com a responsabilidade dos profissionais de saúde em prestar atendimento a um contingente cada vez maior desses trabalhadores, contando, para isso, com uma rede de serviços despreparada para lidar com esses impactos na vida das pessoas.

Para aprimorar meu aprendizado, fiz uma Especialização em Odontologia do Trabalho na Associação Brasileira de Odontologia – Seção do Espírito Santo (ABO-ES). Como, além de trabalhar na VISA, também prestava assistência odontológica em Unidades Básicas de Saúde (UBS), percebia que o trabalhador parecia estar excluído dos serviços ofertados por essas unidades. Essa questão foi motivadora para que, no trabalho de conclusão desse curso, eu pesquisasse o perfil socioeconômico e de inserção no trabalho dos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) do município da Serra - ES. O estudo demonstrou que a maioria desses usuários era constituída de donas de casa, estudantes e aposentados, o que apontava um cenário seletivo, excludente e focalizado. Os trabalhadores, em especial os homens, pareciam enfrentar barreiras de acesso a essas unidades, o que representava um descompasso com o direito universal à saúde, preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Desde então, algumas questões permeavam meu pensamento: por que os trabalhadores não freqüentam as USF de seus bairros? Como consolidar as ações de saúde do trabalhador na atenção básica, se o trabalhador parece estar excluído dela? Como fazer com que as equipes de saúde da família, já tão sobrecarregadas, desenvolvessem as ações em saúde do trabalhador, sem vê-las como mais uma atividade que teriam que executar? Como dar visibilidade ao trabalho, como um dos fatores determinantes da saúde, aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica? O que poderia unir a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador? Assim, fui motivada a fazer o Mestrado em

Saúde Coletiva, mais especificamente, dedicando-me à linha de pesquisa de Saúde do Trabalhador.

Procurando entender meus questionamentos, fui à procura de leituras que pudessem saná-los. Porém uma questão se repetia e parecia permear essas políticas: as necessidades de saúde. Deparei-me, então, com as dificuldades e complexidade desse conceito, aparentemente tão simples. A maioria das publicações que empregavam o termo o utilizavam no senso comum.

Devido à necessidade de discussão do termo, Stotz (1991) desenvolveu pesquisa na área, e realizou uma exaustiva revisão teórica, apontando a possibilidade de construção de uma taxonomia como instrumento de investigação. Dessa forma, Cecílio e Matsumoto (1999), para criar um referencial teórico-conceitual para conduzir uma pesquisa acadêmica, formularam uma Taxonomia de Necessidades de Saúde que tem possibilitado a operacionalização do conceito como instrumento de pesquisas, de educação em saúde e servido como um roteiro para a avaliação e organização da assistência.

Algumas pesquisas recentes têm procurado responder quais são as necessidades de saúde de moradores adscritos às Unidades Básicas de Saúde (CAMPOS, 2004; NERY, 2006), sob a ótica desses usuários; entretanto não foram pesquisadas categorias específicas de trabalhadores.

Assim, a força propulsora para a realização desta pesquisa foi a crença de que os serviços de saúde devem ter, como prioridade, satisfazer as necessidades de saúde de sua população adscrita, reconhecendo que o trabalhador tem necessidades específicas decorrentes de sua condição de trabalho e que identificar essas necessidades, sob a ótica desses trabalhadores, poderia incentivar a inserção de ações de saúde do trabalhador na atenção básica.

Esta dissertação pretende trazer para o meio acadêmico e, conseqüentemente, para a sociedade, algumas reflexões que proporcionem a indicação de novos caminhos na organização desses serviços, para que incorporem, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos, ou seja, o papel que o trabalho exerce na determinação do processo saúde-doença-cuidado.

Assim, algumas perguntas se tornam relevantes: o que os moradores, com diferentes inserções ocupacionais,¹ adscritos a uma Unidade de Saúde da Família do município da Serra-ES, reconhecem como suas necessidades de saúde? Existe, para esses moradores, relação entre trabalho e processo saúde-doença-cuidado? Como se relacionam com os serviços de saúde, em especial com a Unidade de Saúde da Família de seu bairro?

¹ Nesta pesquisa, a expressão inserção ocupacional está relacionada com a ocupação do morador, entendida como o trabalho que o morador exerce, independentemente da sua profissão de origem.

INTRODUÇÃO

Uma das questões mais discutidas atualmente pelos profissionais que atuam na área de Saúde do Trabalhador no Brasil diz respeito às possibilidades e dificuldades para a consolidação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

A institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS é um processo sociopolítico em construção (DIAS, 2007), que se inicia, no Brasil, no final dos anos 80, com a posse dos governadores eleitos diretamente e os esforços para a condução de um movimento político-ideológico de criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST), que preconizavam ações de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde pública (LACAZ, 1997).

Esse movimento aconteceu sob a forma de ações isoladas, implementadas a partir de alianças solidárias entre técnicos dos serviços públicos de Saúde e de Hospitais Universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social e de sindicatos de trabalhadores, em alguns Estados e municípios brasileiros (DIAS, 2007). Obteve maior repercussão com a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 (que propõe a criação do SUS), e com a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro desse mesmo ano. Dessa forma, a Saúde do Trabalhador no Brasil reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, a partir da metade dos anos 70, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas com o trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no escopo da Saúde Pública.

Com a Constituição de 1988, a implementação do SUS e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, n.º 8.080, de 19 de setembro, e da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro, ambas de 1990, a saúde e o trabalho passaram a ser contemplados como direitos sociais. Essa Lei aponta que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Além disso, a Carta Magna, em seu art. 200, descreve que compete ao SUS, além de outras atribuições, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica,

bem como as de saúde do trabalhador (BRASIL, 1988), e a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 6º, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p. 3).

Nessa época, como uma alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas na área de saúde do trabalhador, foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) (DIAS; HOEFEL, 2005).

Os CERESTs são serviços específicos e especializados, de nível secundário, que buscam incorporar maior densidade tecnológica em seu quadro de profissionais, de apoio diagnóstico e de vigilância, de modo a se constituírem em retaguarda e centros de articulação das práticas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde do SUS. Foram, a princípio, constituindo-se em importantes municípios do País, como São Paulo, Campinas, Santos, Porto Alegre, Belo Horizonte e Volta Redonda e, atualmente, todos os Estados do Brasil e o Distrito Federal possuem CERESTs habilitados (SANTOS; LACAZ, 2007).

A partir de 1998, são estabelecidos os procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações em saúde do trabalhador pelos Municípios, Distrito Federal e Estados, com a publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, pela Portaria MS/GM nº. 3.908, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998).

Porém, os CERESTs, apesar de terem permitido avanços setoriais, acúmulo de experiência e conhecimentos técnicos (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005), não conseguiram se articular intra-setorialmente e tornaram-se “guetos” dentro do próprio setor Saúde. Com o esgotamento desse modelo, em 2002, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, cria-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria MS/GM nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002, contando, pela primeira vez, com um financiamento extrateto

das ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal (DIAS, 2007).

A partir de 2003, a coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST, como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2004).

Conceitualmente, a RENAST é um rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da Saúde do Trabalhador no SUS (DIAS; HOEFEL, 2005).

Apesar de formalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde e nos níveis estaduais e municipais do SUS, desde o início, a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores.

Segundo Santos (2006), através dos anos, tem-se notado uma dicotomia evidente, na qual os que praticam a saúde coletiva não se preocupam com a saúde ocupacional. Os trabalhadores, quando conseguem assistência à saúde, recebem essa assistência de forma fragmentada, desvinculada de seu trabalho e da Vigilância em Saúde.

Mesmo que algumas experiências isoladas tenham sido implementadas nos últimos 20 anos na rede pública de serviços de saúde, o SUS, de maneira geral, 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 socioambiental, ou seja, o papel que o trabalho exerce na determinação do processo saúde-doença, não apenas dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, mas também da população em geral e dos impactos ambientais que essas atividades produzem (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Para Otani (2003), as dificuldades da construção da área de Saúde do Trabalhador no SUS podem se dar diante da incapacidade operacional dos setores que o compõem, em razão de problemas de ordem estrutural e conjuntural, como: a ausência de uma cultura institucional sanitária em face dos problemas decorrentes

da relação entre saúde e trabalho; a face intensamente ideologizada da área, que implica resistências de caráter político-partidário nos diversos níveis de gestão; a dificuldade implicada na visualização da inserção institucional da área; o caráter inovador da área, confrontado a própria abordagem do setor saúde, em relação a estruturas cristalizadas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e setores assistenciais; a alta complexidade da abordagem, tanto no aspecto normativo quanto no operacional; a deficiência quantitativa e a baixa qualificação dos quadros de profissionais generalistas do SUS.

Santos e Lacaz (2007) ressaltaram algumas questões pertinentes quanto às possibilidades e dificuldades para a consolidação das ações da Saúde dos Trabalhadores na rede do SUS, entre elas, as necessidades de: se efetivar a intra-setorialidade com as instâncias de atenção básica, média e alta complexidade, assim como a articulação com as vigilâncias em Saúde do Trabalhador (epidemiológica, sanitária e ambiental); delinear claramente para os CERESTs a concepção da Vigilância em Saúde do Trabalhador e suas formas de atuação e articulação intra e intersetorialmente; inclusão e participação dos trabalhadores nos mecanismos de controle social, num cenário de desemprego estrutural e globalização neoliberal; análises de causalidades mais elaboradas e respostas dos CERESTs mediante as mudanças no perfil de morbidade dos trabalhadores; discussão e organização dos CERESTs por regiões e a maneira e possibilidade de contribuição da RENAST nos processos de pactuação dos procedimentos de assistência; vigilância e informação entre os municípios de abrangência desses CERESTs; bem como articulação mais estreita com instituições de pesquisa e universidades, visando a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento dos problemas de formação de profissionais em Saúde do Trabalhador e, finalmente, a necessidade de dar visibilidade às informações processadas no SUS, além da criação de indicadores de impacto das ações e de instrumentos e procedimentos de avaliação da qualidade das intervenções.

Dias (2007), discorrendo também sobre as dificuldades para a consolidação das ações da Saúde dos Trabalhadores na rede do SUS, aponta, como desafios para a mudança do cenário atual: a baixa prioridade da questão nas agendas dos governos; o orçamento deficiente; a ausência de um sistema ágil de informação; o despreparo dos profissionais e a insuficiência do saber técnico que dê conta dos

novos agravos à saúde gerados pela adoção de novas tecnologias e novas formas de gestão do trabalho; a desarticulação do movimento sindical e social, agravada pelas dificuldades de incorporar os trabalhadores do setor informal nas instâncias de controle social; a indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde, que se constitui numa pedra angular da Saúde do Trabalhador; a organização da RENAST; a integração intra-setorial e a desarticulação histórica que se observa nas práticas das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.

O processo de reestruturação produtiva que altera a configuração do trabalho tem causado fortes conseqüências para os trabalhadores, como: o desemprego estrutural; a precarização do trabalho e o crescimento do setor informal, com perda de direitos trabalhistas e previdenciários historicamente conquistados. O desemprego estrutural repercute na organização dos sindicatos, obrigando-os a deslocar o foco de atuação na preservação de postos de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o trabalho é executado, e nas atividades dos próprios CERESTs, que se deparam com a contradição entre as exigências técnicas de mudança dos processos de trabalho e o “fantasma” da interdição e do fechamento de postos de trabalho (DIAS, 2007).

Otani (2004) alerta que, nas duas últimas décadas, a População Economicamente Ativa (PEA) cresceu predominantemente no setor terciário da economia, o de prestação de serviços, com aumento de trabalhadores não contribuintes, aliado a um baixo rendimento familiar.

Ao lado disso, toma corpo um movimento de feminização do mercado de trabalho nacional, caracterizado por uma clara desvantagem em relação aos indivíduos do sexo oposto, tanto do ponto de vista do rendimento, quanto da perspectiva da qualidade das ocupações criadas (SOUZA, 2001).

Essas mudanças representam, na perspectiva da informação em saúde, um cenário preocupante, pois os trabalhadores informais e os desempregados, apesar do seu grande contingente, constituem população à margem das estatísticas oficiais. Não há registros dos acidentes e doenças do trabalho que os atingem, tornando obscura sua morbimortalidade ocupacional (SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT’ANA, 2003).

Além disso, essas mudanças impactam o trabalho, o modo de vida e as condições de saúde da população e fazem com que o SUS tenha que assumir um papel diferenciado, ao se colocar como a única política pública de cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005), uma vez que possui uma rede de serviços de saúde presentes em todas as Regiões do País e, pode-se dizer, em praticamente todos os municípios brasileiros, com o potencial de atender a todos, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho (SANTOS, 2001).

Dessa forma, para o cuidado da Saúde dos Trabalhadores, é fundamental redefinir as práticas de saúde e a construção de um modelo de atenção que considere essas questões e permita que, de fato, o SUS, como um todo, esteja mobilizado para suprir as necessidades de Saúde dos Trabalhadores (DIAS, 2007).

Tendo em vista essas reflexões, reafirmamos neste momento os objetivos desta pesquisa.

OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar as necessidades de saúde na ótica de moradores, com diferentes inserções ocupacionais, adscritos a uma unidade de saúde da família do município da Serra-ES.

Objetivos específicos

Nossos objetivos específicos estão assim estabelecidos:

- a) identificar e analisar as relações entre trabalho e processo saúde-doença na ótica de moradores com diferentes inserções ocupacionais, adscritos a uma unidade de saúde da família do município da Serra-ES;
- b) identificar e analisar a utilização dos serviços de saúde por moradores, com diferentes inserções ocupacionais, adscritos a uma unidade de saúde da família do município da Serra-ES.

CAPÍTULO I REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A RENAST E A PROPOSTA DE CONSOLIDAR AS AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, como parte da política para o setor saúde, está submetida a um movimento real e concreto de forças sociais, cuja expressão se intensifica na dinâmica das variáveis conjunturais presentes na relação entre o Estado e a Sociedade Civil (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 1992).

Em vigor desde 2004, essa política visa à redução dos acidentes e doenças relacionados com o trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portaria MS/GM nº. 1.125, de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da RENAST, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Com o objetivo de ampliação e fortalecimento da RENAST e baseado na experiência adquirida ao longo de aproximadamente três anos de implantação dessa rede, o texto da Portaria MS/GM nº. 1.679, de 2002, foi revisado pela Portaria MS/GM nº. 2.437, de 7 de dezembro de 2005, com a finalidade de organizar uma rede de atenção integral à ST no SUS, estruturada a partir dos CERESTs, das unidades de atenção básica e de uma rede sentinela² em torno de um território delimitado. A porta de entrada³ para o trabalhador tem que ser a atenção básica, que deverá ter profissionais qualificados para compreender e intervir na relação trabalho-doença e promover saúde (BRASIL, 2002).

² O termo rede sentinela é utilizado para nomear a rede de serviços assistenciais de retaguarda, de média e alta complexidade, organizada de modo a garantir a geração de informação e viabilizar a vigilância em Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

³ O termo “porta de entrada” é usado para definir o primeiro contato do usuário com os sistemas de saúde, baseado na idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso (STARFIELD, 2002).

No que se refere à organização da RENAST, tem havido conflitos decorrentes da lógica do modelo, que propõe que os CERESTs tenham uma atuação regional, em um modelo de municipalização e pactuação regional dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, dificultando a abordagem das questões de Saúde do Trabalhador. Com frequência, as áreas de abrangência e atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador não coincidem com as Regionais de Saúde. Essa contradição aparece forte na forma de distribuição e de credenciamento dos Centros de Referência, que não consideram os mesmos critérios de regionalização e territorialização assumidos na organização dos SUS nos Estados. Além disso, aumenta a pressão para que o SUS responda a um contingente crescente de trabalhadores, contando para isso com uma rede inadequada, despreparada e sobrecarregada, sobretudo no que se refere à atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (DIAS, 2007).

Porém a proposta da RENAST é de qualificar essa atenção, na perspectiva da transversalidade, ou seja, que o sistema como um todo passe a entender e funcionar na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Para o trabalhador, como indivíduo, ainda que os procedimentos diagnósticos e o tratamento do agravo ou doença que apresenta sejam os mesmos, independentemente de estar ou não relacionado com o seu trabalho atual ou progresso, é importante que esta relação entre o trabalho e o processo saúde-doença seja estabelecida (MENDES, 2007).

O objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Assim, a compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores que norteia a RENAST está baseada no enfoque das relações trabalho-saúde-doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social ⁴(DIAS; HOEFEL, 2005).

Mendes (2007) apresenta quatro importantes relações entre o trabalho e a saúde: o trabalho como determinante da saúde, a saúde como condição de trabalho, o trabalho como causa de doença e a doença como impedimento ao trabalho.

⁴ Breihl (1980) conceitua a epidemiologia social como um conjunto de conceitos, métodos e formas de ação prático que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença na dimensão coletiva ou social.

Segundo Laurell e Noruega (1989), para a compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador, um dos elementos-chave é a conformação concreta do processo de trabalho, que permite desentranhar de que forma se constitui o nexu biopsíquico dessa coletividade. Torna-se, pois, necessário decompô-lo em seus elementos constitutivos para analisá-los, e depois voltar a reconstituí-lo como processo global, resgatando seu movimento dinâmico com relação à Saúde do Trabalhador.

Ainda de acordo com esses autores, é necessário entender o trabalho não como fator de risco ambiental, mas como categoria social, uma vez que ele é que determina a organização da sociedade e da vida de cada trabalhador, e que o processo saúde-doença não é somente um processo biopsíquico, é, antes de tudo, um processo social. O nexu biopsíquico é a expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico, num momento determinado e não é passível de ser pensado nem estudado na perspectiva saúde-doença, estabelecida pela Medicina dominante e, menos ainda, da perspectiva da doença.

É nesse contexto que a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a partir do trabalho, ganha corpo. Esse modelo teórico compreende a explicação das doenças a partir da inserção social dos grupos humanos na sociedade, não contrapondo o social ao biológico, procurando entender como os indicadores gerais de saúde se comportam em diferentes grupos econômicos e sociais (FACCHINI, 1993).

O resgate dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador faz-se necessário no cenário atual – de fragilidade do movimento sindical, postura pouco engajada da academia e desenvolvimento de políticas públicas reducionistas – em que a abordagem interdisciplinar está sendo abandonada, o que tem causado um retrocesso nesse campo (LACAZ, 2007).

O Ministério da Saúde, apesar de estar incentivando a inserção das ações em saúde do trabalhador na atenção básica, tendo, inclusive, editado um Caderno de Atenção Básica em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005), tem baseado a atuação das equipes em protocolos, priorizando as ações de assistência em detrimento das ações de vigilância.

De acordo com Santos (2006), a atuação de equipes baseadas em protocolos prontos, desconsiderando qualquer atividade que não se enquadre naquelas predeterminadas institucionalmente, contraria os conceitos de integralidade e eqüidade, os quais trazem o sentido de autonomia ao usuário do serviço e, conseqüentemente, ao trabalhador nele inserido.

É preciso reforçar que o indivíduo se encontra inserido na sociedade e no ambiente em que vive e trabalha, devendo sua saúde ser analisada de forma holística e preocupada com os efeitos dessa interação, e apenas a atenção básica tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham (DIAS, 2007).

1.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO FAVORÁVEL PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF) em 1978, a atenção primária⁵ em saúde (APS) foi postulada como a principal estratégia para atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000”.

A Organização Mundial de Saúde (1978, p. 1) define cuidados primários como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A partir de então, outras conferências internacionais também têm ressaltado, em seus documentos oficiais, a necessidade de implementação de políticas de atenção

⁵ Nesta pesquisa, atenção primária e atenção básica são usadas como sinônimos.

primária à saúde, ao mesmo tempo em que propõem o paradigma da promoção da saúde no sistema de saúde dos países.

A APS é um tipo de atenção à saúde que tem o potencial de reverter a lógica das ações pautadas nas ações curativas, desintegradas e centradas na figura do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, que agrega outros profissionais de saúde e se articula com outros níveis do sistema, com a finalidade de um atendimento integral. Deve oferecer atenção ao indivíduo nas suas diversas condições, dando assistência aos problemas mais comuns identificados na comunidade, com a oferta de serviços perante uma necessidade de saúde, de forma a promover a saúde e o bem-estar do indivíduo (STARFIELD, 2002).

A atenção básica deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, a porta de entrada trazendo os cuidados em saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham. Nessa concepção e com a preocupação de redirecionar as prioridades de ações em saúde no Brasil, tem se destacado e ganhando notoriedade a Estratégia de Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que estava sendo implementado desde 1991. A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura por família (VIANA; POZ, 2005).

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços e contribuição da ESF na tentativa de modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, ultrapassando o cuidado individualizado, focado na doença e elegendo aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde (RIBEIRO, 2004).

Entre os mecanismos para impulsionar a implementação do até então Programa de Saúde da Família,⁶ destacaram-se a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS-01/1996), que valorizava o incremento de cobertura pelo PSF, com maior incentivo financeiro aos municípios, e o “Projeto Reforço à Reorganização do SUS -

⁶ Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF).

REFORSUS”, uma iniciativa do Ministério da Saúde, com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial (AGUIAR, 1998).

A Unidade de Saúde da Família passou a constituir a porta de entrada do sistema, sendo a equipe de saúde da família, basicamente, constituída por: um médico de família ou generalista; um enfermeiro; um auxiliar de enfermagem; e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A equipe pode incorporar outros profissionais, dependendo da necessidade e disponibilidade financeira (D’AGUIAR, 2001).

Devido a um esforço governamental de contemplação de todo o espectro de atenção à saúde, os profissionais da saúde bucal (o dentista, o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dental), têm integrado as equipes que, neste caso, passam a ser denominadas de equipe de Estratégia de Saúde da Família Ampliada.

Recentemente, foram publicadas a Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Vida – em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – e a Portaria MS/GM nº. 648, de 28 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica.⁷ Ambas fortalecem a atenção básica e a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

A partir dessa política, fundamentaram-se e redefiniram os princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF. De acordo com a Portaria MS/GM nº. 648, a atenção básica apresenta os seguintes fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

⁷ Para maiores esclarecimentos, ver o volume 4 da série Pactos pela Saúde 2006, que trata da Política Nacional de Atenção Básica.

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006 p. 3).

Compete à ESF, por meio de equipes multidisciplinares de saúde: efetuar um diagnóstico social e epidemiológico de sua área de adscrição; definir microáreas de atuação; realizar visitas domiciliares regulares com a participação de agentes comunitários e prover atenção à saúde segundo clínicas básicas (pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia) e odontológicas. De acordo com as características locais, a oferta de serviços deve ser ampliada e adaptada a necessidades sociais observadas (RIBEIRO, 2004).

A compreensão da ESF como componente do primeiro nível de atenção de um sistema público de amplitude nacional redimensiona a sua relevância, uma vez que o seu impacto vai depender da sua capacidade de integração às demais redes de atenção à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

O dilema de superar a etapa de expansão quantitativa do acesso à ESF e passar para uma discussão mais formuladora do programa e sua respectiva interação com o resto da rede assistencial do SUS marcam o cerne das discussões teóricas atuais, as quais se traduzem em desafios para os gestores de saúde, sobretudo no nível municipal (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007). Ao longo desses anos, críticas a essa estratégia têm sido feitas por alguns autores.

Segundo Campos (2007), a ESF tem sido implementada, mas com ritmo e resultados ainda insuficientes. Pelo menos 80% dos brasileiros necessitariam estar cadastrados nas equipes de atenção básica. Pela teoria dos sistemas de saúde, uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas relacionados com a saúde de uma população e que resolva 95% deles é uma condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde.

Pinheiro (2004), objetivando levantar questões sobre os limites e possibilidades de construção da integralidade nos serviços de saúde, a partir da análise da relação

entre demanda e oferta no cotidiano dos atores em suas práticas em serviços de saúde, realizou um estudo de caso sobre o sistema de saúde local, de Volta Redonda, no Estado do Rio de Janeiro. Os resultados surgiram do levantamento de questões em dois planos distintos, mas complementares entre si: o primeiro, tratou da dinâmica de construção da oferta e demanda nos serviços de saúde, na perspectiva dos atores envolvidos na prestação direta do cuidado em saúde; e o segundo analisou o Programa de Saúde da Família nessa localidade. Concluiu que o PSF assume uma dimensão política e assistencial de promoção de práticas em saúde que interfere na lógica da oferta e da demanda, pelas quais a humanização do atendimento, a satisfação da clientela e a democratização e politização de conhecimentos relacionados com o processo saúde-doença atuam de maneira concreta na organização e produção de serviços em saúde. Porém, isso não quer dizer que as dificuldades associadas a questões sobre a relação entre demanda e oferta não estejam presentes na implementação desse tipo de programa; ao contrário, constituem o pano de fundo das políticas que evidenciam a quase impossibilidade de cumprir os objetivos por ele propostos, entre os quais a integralidade, que funciona como eixo norteador.

Conill (2002) discutiu a avaliação de políticas de atenção primária, a partir da análise do caso de implantação do PSF em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Concluiu que o PSF começa com relativo atraso nessa Capital, passando de principiante para um modelo singular. Há maior disponibilidade da oferta para a população não beneficiária de planos de saúde, embora haja ainda grande diversidade das práticas. O grau de implantação é moderadamente adequado: há maior integralidade na atenção, mas existem problemas no acesso (relação número de famílias/equipe). Sugere que tais propostas de reorientação de modelos assistenciais tendem à racionalização, legitimação política ou democratização dos serviços, e que o encaminhamento da problemática referente ao acesso pode determinar a direção predominante.

Trad et al (2002) realizaram avaliação qualitativa de satisfação de usuário em áreas cobertas pelo PSF, situadas em cinco municípios da Bahia. Foram consideradas, nessa avaliação, as seguintes dimensões: cognitiva, relacional, organizacional e profissional, vistas também sob o ponto de vista das equipes de saúde da família. A partir da técnica de grupos focais, os usuários expressaram sua percepção sobre o

programa e os serviços oferecidos pelas equipes, ao mesmo tempo em que revelavam suas necessidades e expectativas de satisfação. Os autores constataram um elevado grau de satisfação de usuários do PSF nas áreas estudadas, havendo uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos), existência da visita domiciliar como elemento-chave da prevenção e do acompanhamento. Entre os aspectos negativos apontados pela população, destaca-se a persistência das filas e a fragilidade no referenciamento para os níveis secundário e terciário da atenção.

Segundo Vasconcelos (1999), em alguns municípios que já implantaram a ESF, o programa significou mais uma modificação institucional (nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atuação, acréscimo na remuneração da equipe, entre outros) do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde públicos definidos e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem, então, a ficar restritas. Nas visitas às famílias, a atenção fica muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam. Passam a ser denominadas “saúde da família” práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Muitas vezes, não se identificam as várias situações de risco vivenciadas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em que se situam os problemas referentes à saúde e, portanto, não existe a preocupação na utilização das diferentes metodologias de abordagem necessárias.

Misoczky (1994), apesar da expansão da estratégia de Saúde da Família no Brasil e da credibilidade de muitos no modelo, faz uma crítica, ao afirmar que se trata de um modelo de atenção voltado para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma Sanitária brasileira e que configuraram o SUS.

De modo geral, a atuação dos profissionais da ESF tem se baseado nos princípios do Programa de Saúde da Família, com atividades curativas – como consultas médicas, de enfermagem e atendimentos odontológicos e preventivas – como o Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, de Atenção à Gestante e de

Atenção à Criança, com pesagem mensal. O trabalho da equipe está voltado aos grupos de risco preconizados pelo Ministério da Saúde, seja ele idoso, seja mulher, seja criança. O adulto somente recebe atenção especial do serviço de saúde quando se encontra doente.

Para Campos (2007), as forças interessadas no avanço do SUS estão obrigadas a enfrentar obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando e, ao mesmo tempo, devem demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. Entre algumas das alternativas listadas pelo autor, como meio para garantir esse movimento de mudança, está o planejamento segundo necessidades de saúde, eficácia e eficiência e gestão, com avaliação de resultados e do desempenho

A Saúde da Família, ao se fundamentar em premissas de reconhecimento e apropriação do território por uma equipe de saúde, de proximidade com as famílias e de estabelecimento de relações de longa duração com vínculo, tem o potencial de construir espaços de participação ativa da população nos processos de gestão, na busca pela satisfação das necessidades de saúde de sua população (MOREIRA, 2001).

1.3 AS NECESSIDADES DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As necessidades de saúde são o aspecto mais importante quando lidamos com a organização de serviços, pois fomentam os serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Ao reorientar o foco da atenção para necessidades, ao invés de problemas, busca-se dar uma feição cada vez mais ampliada e coerente com o projeto que fundamentou o SUS. Tenta-se superar as ações imediatistas, reduzidas e focadas na expressão da doença, para poder produzir impacto e resolutividade, na perspectiva de atacar as raízes dos problemas associadas à saúde (CAMPOS, 2004).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (POLIGNANO, 2007).

A expressão “necessidades de saúde” (por vezes, “reais necessidades de saúde”) é recorrente na discussão sobre planejamento em saúde. Decorre da necessidade lógica de identificar metas, objetivos para a intervenção que justificarão o curso da ação escolhida. Como em outras situações, contudo, a aparente simplicidade da expressão oculta importantes problemas conceituais, com repercussões bastante complexas na prática (CAMARGO JÚNIOR, 2005).

O que estamos querendo dizer, quando falamos em necessidades de saúde?

O conceito de necessidades nos remete a diversas interpretações e formas de aplicação, a depender da área de conhecimento, bem como das correntes de pensamento, existindo, portanto, vários estudos sobre o tema, com diversas abordagens (NERY, 2006).

Para Donabedian (1994, apud STOTZ, 2004), necessidade de saúde seria simplesmente uma condição que requer um serviço. Há, nessa definição, a suposição de que, nem sempre, as pessoas podem assegurar, por si mesmas, um estado saudável, pois sabemos que a situação socioeconômica, as identidades de gênero, etnia ou de raça condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa. Quanto mais desigual for, nesses aspectos, uma sociedade, quanto mais essa desigualdade for sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população (STOTZ, 2004).

Campos (2004) identificou que estudos, a partir de 1990, vêm categorizando as necessidades de saúde em dois grandes grupos: necessidades de saúde como conceito abstrato e necessidades de saúde no âmbito operacional do conceito, utilizado na área de Planejamento em Saúde.

Essa autora, em sua tese de doutoramento, citou alguns autores, como Leopardi (1992), Mendes-Gonçalves (1992), Vaitzman (1992), Melo Filho (1992), Carneiro

(2002), que assentaram seus estudos na conceituação da dimensão abstrata das necessidades de saúde e, de certa forma, na sua aplicabilidade às práticas de saúde. Tomam como central as condições essenciais para a manutenção da vida e alguns avançam na direção dos direitos e da cidadania.

Mendes-Gonçalves (1992) defendeu que as necessidades não são naturais nem iguais, pois são desiguais as distribuições e o consumo dos produtos do processo de trabalho. O autor aponta que as necessidades sociais são sinônimas de necessidades de reprodução do modo de produção, discutindo a reorganização do trabalho em saúde para responder às necessidades sociais características do projeto capitalista.

Vaitsman (1992, apud CAMPOS 2004) define as necessidades humanas como um conjunto composto por vários tipos de necessidades fundamentais ao ser humano, definidas universalmente, variando somente a forma de satisfazê-las.

Ainda segundo Campos (2004), autores com Stotz (1991), Doyal e Gough (1991), lunes (1995), Matsumoto (1999), Dussaut e Souza (2000) e Lima et al. (2000) apresentam o conceito de necessidades de saúde na sua dimensão concreto-operacional, permitindo um recorte de necessidades a partir do qual será organizada a produção dos serviços de saúde.

Stotz (1991) defende que, para deflagrar ações voltadas à resolução de problemas referentes à saúde do coletivo, toma-se como obrigatória a reflexão sobre os processos de trabalho a serem instaurados e que o processo de determinação das necessidades deve ser definido a partir de uma lógica capaz de “dar voz” aos indivíduos. Conclui que, embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social do fenômeno da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher; as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes; as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações dele decorrentes; as necessidades de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de forma genérica.

lunes (1995,), ao definir o conceito de demanda e discutir sua utilização na área da saúde, contrastando-o com o conceito de necessidade, propôs que houvesse a aproximação do conceito de necessidades ao de demanda para o planejamento em saúde, apontando, para ambas, potencialidades e limitações. O conceito de demanda não leva em consideração a distribuição de renda, sendo pouco eqüitativo, já o de necessidades o complementa, uma vez que é igualitário, podendo ser usado para mensurar iniquidades

Matsumoto (1999) realizou um estudo, visando a verificar o quanto as necessidades de saúde de uma comunidade foram consideradas em uma unidade básica de saúde do Plano de Assistência à Saúde, no município de São Paulo-SP. Parte do seu trabalho se constituiu na proposição de uma taxonomia de necessidades de saúde. Segundo Cecílio e Matsumoto (2006), trata-se de uma taxonomia intencionalmente eclética, pois dialoga com distintos enfoques e perspectivas de necessidades de saúde desenvolvidas por diversos autores, a partir de múltiplas perspectivas teóricas. Sua taxonomia contempla: necessidades de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde (sujeitos em relação), necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, na construção do sujeito.

Dussaut e Souza (2000, apud CAMPOS 2004) afirmam que, atualmente, existem dois modos de organização dos serviços: a organização como resposta às demandas ou como satisfação de necessidades de saúde. Ressaltam que a primeira é pautada no modelo tecnoassistencial individualista e curativista, baseado na demanda direta dos usuários, sendo influenciada por dificuldades não atinentes às condições de saúde, mas que afetam o acesso aos serviços de saúde. Propõem a organização dos serviços a partir da ótica das necessidades, por ser mais eqüitativa e eficiente, na premissa de que a utilização de serviços apropriados gera um impacto positivo na situação de saúde da população.

Por sua vez, Lima et al. (2000) abordaram o conceito de necessidades de saúde como norteador da organização de ações na atenção básica em saúde. As autoras verificaram que os profissionais de saúde identificam necessidades de saúde primordialmente de duas formas: pelo diagnóstico de saúde e pela demanda trazida

pelo usuário, traduzida pelos trabalhadores como queixa. Apontam para a importância da instauração da escuta para que haja uma negociação entre o usuário do serviço e o trabalhador de saúde e que o cuidado seja instaurado para responder a necessidades definidas nesse espaço e negociação.

Outros autores, como Merhy (2003), ao discutir a micropolítica do trabalho em saúde, percebem que o trabalhador de saúde, no momento de seu encontro com o usuário, tem uma certa autonomia para tomar decisões. Salienta que, nesse momento, o usuário apresenta-se como um portador de necessidades de saúde e o trabalhador de um arsenal de saberes e práticas capazes de serem operadas para atender ou não às necessidades expressas pelo usuário. Os critérios adotados de “aceitação” do problema ou da necessidade de saúde são variados, por conta dos diversos critérios adotados. Porém são esses critérios que darão sentido ao conceito de necessidades de saúde que o serviço utiliza e verifica se o problema, ou a necessidade de saúde, apresentado pelo usuário, vai servir de base para a construção ou não de uma relação com ele.

Para Mattos (2005), subjacente a todos os sentidos da integralidade está um direito: o direito universal de atendimento às necessidades de saúde. Distingue as necessidades de saúde entre as que dizem respeito às boas condições de vida e as necessidades de acesso e consumo de certas tecnologias, supostamente capazes de melhorar ou prolongar a vida. Defende que a idéia de respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde implica uma compreensão articulada desses dois conjuntos de necessidades.

Pensando nessas desigualdades, as necessidades básicas de saúde podem ser entendidas, como o caso do Brasil, como demandas sanitárias, tais como: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação ou informação em saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Porém, ao pensar em necessidades de saúde, imediatamente nos lembramos da assistência, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços. A origem dessa busca é o

carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sociovital (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Dessa forma, os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores), na sua relação com a oferta dos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional (PINHEIRO, 2005).

As necessidades de saúde são, então, muitas vezes reduzidas a “problemas de saúde”, que se deseja, pela formulação de intervenções, evitar, corrigir ou minimizar, traduzidos na racionalidade biomédica por doenças claramente identificáveis (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Esses elementos se encontram relacionados com diferentes, mas coerentes, visões entre saúde, doença e cura. Contudo, ao se falar em atender a “problemas de saúde”, entendidos pelos profissionais e gestores como demandas expressas pelos usuários dos serviços, logo se observam os limites e dificuldades de elaborar respostas capazes de solucioná-los de fato. Nota-se que as respostas dadas apresentam a clara distinção entre “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se ambas fossem excludentes e confinadas a áreas isoladas (PINHEIRO, 2005).

O problemático não está na origem social da necessidade, mas na situação em que essa pretensão de bem comum, de “social”, ocorre, ignorando a efetiva desigualdade das necessidades sociais, tanto pela má distribuição dos benefícios já alcançados por alguns, quanto pelos contextos instauradores de necessidades, com a criação de demandas voltadas, de fato, para um segmento da população (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Na medida em que esse cenário se tornou real, os sinais de que as possibilidades de vida estão interrompidas ou perturbadas passaram a ser também ignorados ou reprimidos. Fato é que, em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e;

por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isso, sejam sentidas (STOTZ, 2004).

Esse procedimento resulta na interdição política dos diferentes sujeitos nesse processo, implicando outra interdição: a de natureza ética, que é do diálogo crítico. A voz excluída é a de sujeitos considerados tecnicamente inaptos para falar, o que resulta na invalidação de seus pronunciamentos, quando conseguem falar. Diremos, então, que, no plano de reconhecimento subjetivo, as necessidades se apresentarão como algo que se coloca “por sobre os indivíduos”, sem ter origem nos indivíduos e no seu modo de viver; isto é, quanto à origem, não seriam as necessidades sociais, embora, quanto ao jogo de interesses, representassem necessidades sociais (boas para todos) (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Assim, é importante que sejam criados mecanismos para se conhecer outras necessidades, o que significa criar espaços de emergência de necessidades na organização da produção e em razão dessa organização. Necessidade que tampouco os técnicos dominam e que refletem carecimentos pertencentes à vida cotidiana (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Nery (2006), em estudo de abordagem qualitativa, junto com usuários acompanhados por uma equipe de Saúde da Família do município de Jequié-BA, teve como objetivo geral utilizar a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura dessas necessidades, a partir da ótica das famílias atendidas. Considerando que as transformações do processo de trabalho em saúde só se efetivarão num movimento de articulação entre a produção do cuidado em saúde, a participação social e a gestão de serviços na direção de uma lógica da integralidade da assistência, concluiu que a taxonomia citada pode levar os gestores e a equipe a refletirem e apontar um trabalho em saúde que os aproxime dos usuários, favorecendo os processos de participação social, possibilitando uma escuta que passe a ser qualificada pela compreensão de necessidades de saúde e com a premissa da integralidade da assistência à saúde.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) sugerem quatro possibilidades situadas no patamar de necessidades que querem reconhecer, quais sejam: promover a assistência que se delimita para a unidade básica de saúde; evitar a redução de

necessidades de saúde a processos fisiopatológicos; revalorizar a busca por assistência progressivamente totalizadora do cuidado produzido, ao invés da somatória de atos especializados; instituir a dimensão subjetiva das práticas de saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para a população como para os profissionais, uma prática cujas relações interpessoais resguardem o sentido humano das profissões em saúde.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando que não há modelo único para se construir conhecimentos confiáveis, assim como não há modelos “bons” ou “maus” em si mesmos e sim modelos adequados ou inadequados ao que se pretende investigar (ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER 1999), este capítulo descreve os caminhos e as opções metodológicas desta pesquisa.

As escolhas vão ocorrendo durante o processo de execução de uma pesquisa, embora o pensamento do autor não esteja explicitamente colocado; falam dos pressupostos metodológicos, uma vez que todo método envolve uma concepção de mundo, uma maneira de ver o homem e uma determinada compreensão sobre os caminhos da produção do conhecimento (DALBELLO-ARAÚJO, 2007).

Neste estudo, delineamos as estratégias e construímos os instrumentos que julgamos ser a alternativa metodológica mais adequada à análise deste objeto de pesquisa.

Partimos do pressuposto de que qualquer ação de tratamento, prevenção e planejamento em saúde coletiva deveria estar atenta às atitudes, crenças, percepções, sentimentos e valores dos grupos a que se dirigem, pois o comportamento das pessoas tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (PATTON, 1986, apud ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 1999; MYNAYO, 2007).

Devido à ausência, na literatura, de trabalhos acadêmicos sobre atenção às necessidades de saúde de trabalhadores adscritos a uma Unidade de Saúde da Família, o estudo exploratório foi o que melhor se aplicou aos propósitos desta pesquisa, no intuito de aumentar o conhecimento sobre o tema, para tornar o problema mais explícito e preciso, criar hipóteses e estabelecer prioridades para pesquisas futuras.

Os estudos exploratórios têm por principal característica a “[...] a descoberta de idéias e intuições. Por isto, o planejamento de pesquisa precisa ser suficientemente

flexível, de modo a permitir consideração de muitos aspectos diferentes do fenômeno” (SELTTIZ, 1975, p.60).

Optamos pela abordagem qualitativa, pois é a que nos possibilita o melhor entendimento, quando precisamos captar um processo dinâmico nos interstícios de sua processualidade (DALBELLO-ARAÚJO, 2007). Além disso, nesta abordagem, é ressaltada a importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito (TRIVIÑOS, 1994).

A saúde e a doença passam a ser tratadas não como categorias a-históricas, mas como processos fundamentados na base material de sua produção e com as características biológicas e culturais com que se manifestam. São vistas como manifestações, tanto nos indivíduos como no coletivo, de formas particulares de articulação dos processos biológicos e sociais no processo de reprodução. Assim, o individual, da mesma forma que o coletivo, são fenômenos biológicos socialmente determinados (ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

2.1 O BAIRRO DE JARDIM CARAPINA COMO CENÁRIO DE ESTUDO

O desenvolvimento de um estudo qualitativo supõe um corte temporal especial de determinado fenômeno por parte do pesquisador. Esse corte define o campo e a dimensão em que o trabalho se desenvolverá, isto é, o território a ser mapeado (NEVES, 1996).

Optamos por desenvolver esta pesquisa no município da Serra-ES,⁸ tendo em vista que trabalhávamos na Secretaria de Saúde desse município há aproximadamente quatro anos, o que facilitaria a operacionalização da pesquisa.

Para a escolha do bairro, buscamos conhecer a quantidade e em que bairros estavam localizadas as Unidades de Saúde da Família da Serra. Para isso, após explicação sobre os objetivos da pesquisa, solicitamos ao Núcleo de Controle e Avaliação da Estratégia de Saúde da Família⁹ do município essas informações.

⁸ Para mais informação, consultar o APÊNDICE A.

⁹ Trata-se de uma equipe composta por uma médica, uma dentista, uma enfermeira e uma assistente social, responsáveis pela implantação, monitoramento e avaliação da ESF do município da Serra.

Na ocasião nos foi entregue um quadro (APÊNDICE A) contendo a lista das Unidades de Saúde da Família do município da Serra, segundo o bairro de instalação da unidade, o número de identificação das equipes, o número de equipe, a situação (Estratégia de Saúde da Família ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde), o número de agentes comunitários e o número de equipes com Odontologia.

Havia, em janeiro de 2007, 16 Unidades de Saúde da Família no município e 31 equipes, entre Estratégia de Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

Decidimos que o bairro escolhido seria o que tivesse a equipe da Estratégia de Saúde da Família atuando há mais tempo, por acreditar que esse aspecto facilita a construção de vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde, bem como a organização dos serviços ofertados, aspectos importantes na leitura das necessidades de saúde.

O núcleo nos auxiliou, mais uma vez, fornecendo-nos uma lista com o tempo de trabalho de cada profissional que compõe essas equipes.

Como as Equipes 1, 2 e 3 foram implementadas juntas e havia, em todas, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) que estavam desde o início da formação da equipe, o critério de escolha foi a USF que tinha o médico atuando há mais tempo, por ser este, ainda, o profissional de referência para a população, em relação aos cuidados em saúde. A Equipe 2 era a que possuía a médica que atuava há mais tempo na equipe .

Dessa forma, como a Equipe 2 trabalha na USF localizada em Jardim Carapina, esse foi o bairro selecionado. Nesse momento, estávamos pensando em trabalhar apenas com essa área do bairro.¹⁰

Jardim Carapina faz parte do distrito de Carapina, na Serra-ES, ocupando uma área de 1.415,75 (em 1000m²). Possui 10.225 habitantes, sendo 5.178 homens e 5.047 mulheres, morando em 2.570 domicílios particulares permanentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

¹⁰ Essa decisão foi posteriormente mudada como será explicado à frente.

O distrito de Carapina (155km²) é uma área de serviços formada por um comércio forte, incluindo o Parque Estadual Agropecuário Floriano Varejão (parque de exposição) e o Vitória Apart Hospital (hospital).

No diagnóstico integrado realizado pelo município da Serra, na perspectiva de conhecer a sua realidade, o bairro se destacou pelo elevado índice de vulnerabilidade social, comprometimento de infra-estrutura e saneamento básico.

A Tabela 1 mostra o rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio entre os moradores de Jardim Carapina.

Tabela 1 Moradores de Jardim Carapina, em domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio

Classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio (salário mínimo)	Total	%
Até ½	106	1,04
Mais de ½ a 1	2010	19,76
Mais de 1 a 2	3182	31,27
Mais de 2 a 3	1536	15,1
Mais de 3 a 5	942	9,26,
Mais de 5 a 10	396	3,9
Mais de 10 a 15	36	0,35
Mais de 15 a 20	17	0,17
Mais de 20	8	0,08
Sem rendimento (2)	1940	19,07
	10173	100

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000. Elaboração: PMS/SEPLAE/DAE/DIG

Portanto, 71,14% dos moradores de Jardim Carapina possuem renda inferior a dois salários mínimos, e 19,07% não possuem rendimento mensal.

Segundo informações do líder comunitário,¹¹ também conhecido como “presidente do bairro”, hoje o número de habitantes do bairro é de aproximadamente 18.000. Esse bairro foi criado a partir de invasões que ocorreram em 1986. Desde então, as pessoas do local têm lutado e conseguido melhorias no saneamento básico, mas ainda há problemas na coleta do esgoto. Os moradores, em sua maioria, pertencem às classes D e E.

¹¹ As informações com o “presidente do bairro” foram obtidas por meio de uma entrevista que será explicada melhor adiante.

No comércio do bairro, encontram-se variedades: supermercados, material de construção, lojas de diversos setores, hortifrutes, escolas de informática. O bairro não possui rede bancária.

Conta com quatro escolas municipais: uma creche (CEI Curumim), três escolas de nível fundamental (Padre Gabriel, João Paulo II e Espaço Alternativo Jardim Carapina). Não há escolas de ensino médio.

Apresenta uma variedade de igrejas para cultos religiosos: Católica, Maranata, Batista, Assembléia de Deus, entre outras.

Não há praças públicas com quadras e jardins.¹²

Semanalmente, há a realização de uma feira livre no bairro, que se torna a única ou, às vezes, uma complementar fonte de renda para grande parte dos moradores.

Carapina tem uma Unidade de Saúde da Família onde atuam duas equipes ampliadas, subdivididas em 15 microáreas.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de maio de 2008, há no bairro 2.473 famílias cadastradas, correspondendo a 8.931 pessoas, sendo o número de homens e mulheres praticamente o mesmo em todas as faixas etárias.

Das pessoas cadastradas, apenas 460 pessoas (5,5%) possuem plano de saúde.

Quase todas as famílias possuem abastecimento de água e coleta de lixo, entretanto menos da metade (48,7%) conta com um sistema de esgoto. O destino dos dejetos é a fossa, para 633 famílias (25,6%) e o céu aberto para 636 famílias (25,7%).

¹² Já foi votada no orçamento participativo a construção de uma praça.

2.2 TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL E TRABALHADORAS DOMÉSTICAS: OS SUJEITO DO ESTUDO ¹³

Segundo Minayo (1992), em pesquisas qualitativas, a escolha dos participantes é proposital e depende das questões de interesse do estudo, de acesso e permanência no campo e disponibilidade dos sujeitos.

Assim, após determinarmos o bairro, outra questão se fazia presente: a escolha dos sujeitos da pesquisa. Queríamos que fossem usuários comuns facilmente identificados por qualquer equipe de saúde da família que atuasse em um território¹⁴ desfavorecido socioeconomicamente como esse. Para tanto, procuramos descobrir quais eram as ocupações mais freqüentes no bairro.

Sabendo que a Ficha A,¹⁵ que é preenchida pelos agentes de saúde no momento do cadastramento, contemplava esse campo (Ocupação) e que as informações dessa ficha são digitadas para entrada no SIAB (BRASIL, 2003), achamos que construir um banco de dados com as ocupações dos moradores do bairro seria simples. Para nossa surpresa, para resgatar essa informação, tínhamos que abrir, no sistema, família por família e copiar a ocupação de cada integrante dessa família. Não havia um programa que fizesse um consolidado automaticamente.

Na área de atuação da Equipe 2, havia 1.327¹⁶ famílias cadastradas, correspondendo a 4.681 pessoas, sendo 3.347 pessoas na faixa etária de 15 anos ou mais.

Dessa forma, como não comprometeria o objetivo do estudo e considerando o procedimento mais viável, resolvemos fazer esse levantamento em apenas uma microárea. A escolha da microárea se deu pelo mesmo critério da área. Foi escolhida a Microárea 10, por ter a agente de saúde que trabalhava há mais tempo.

¹³ Nesta pesquisa, a expressão trabalhadores da construção civil esta relacionada com a ocupação do morador de pedreiro e ajudante de pedreiro, pessoas que exerciam atividades associadas a edificações de grandes obras, a pequenos reparos realizados em residência; e trabalhadoras domésticas está relacionada com a ocupação do morador de empregada doméstica e diarista, pessoas que exerciam atividades gerais de cozinha e limpeza de residências.

¹⁴ Nesse contexto, usamos território como espaço de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços e de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas sob responsabilização de uma equipe da ESF (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

¹⁵ A Ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o agente comunitário de saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade, devendo ser preenchida uma ficha por família.

¹⁶ Essas informações foram obtidas em um consolidado feito pelo próprio SIAB.

Criamos um banco de dados, com informações do SIAB, referente à ocupação de moradores de 15 anos ou mais das famílias cadastradas. Como, na prática, há sempre uma desatualização dos dados do SIAB, após autorização do núcleo e de explicar os objetivos da pesquisa para a coordenadora da USF e para a agente comunitária de saúde da Microárea 10, solicitamos acesso à Ficha A dos moradores sob sua responsabilidade. Cada ficha foi conferida uma a uma, manualmente, em relação ao campo ocupação das pessoas acima de 15 anos, alterando o nosso banco de dados, quando assim se fazia necessário.

Nesse momento, tivemos uma pequena amostra de que a dinâmica da vida é muito difícil de ser apreendida em dados e estes, muitas vezes, só representam um instante. O que havíamos imaginado se confirmava naquele momento. Muitas informações do nosso banco de dados previamente confeccionado não batiam com os dados da Ficha A que tínhamos em mãos. Havia famílias que estavam cadastradas em nosso banco, mas não constavam na Ficha A; em outras fichas, o número da família correspondia, mas as informações referentes a seus membros não, e os nomes de algumas famílias haviam sido acrescentados.

Após as alterações em nosso banco de dados, esse estudo prévio das Fichas A, da microárea selecionada, mostrou que havia 197 famílias cadastradas, com 460 pessoas com idade acima de 15 anos ou mais, sendo semelhante à proporção entre homens e mulheres. A Tabela 2 mostra a distribuição dessa população, segundo o campo ocupação.

Tabela 2 – Distribuição da população de 15 anos ou mais das famílias cadastradas na microárea estudada, segundo ocupações

Ocupação	Frequência Absoluta	%
Dona de Casa/Do Lar	90	19,6
Estudante	74	16,1
Pedreiro/ajudante de pedreiro	38	8,26
Doméstica/Diarista	22	4,8
Desempregado (a)	21	4,6
Aposentado	14	3,0
Motorista	12	2,6
Vendedor (fora exceções)	09	2,0
Autônomo (a)	07	1,5
Auxiliar de serviços gerais	07	1,5
Servente sem especificação	07	1,5
Serviços gerais	07	1,5
Comerciante	06	1,3
Vigia /vigilante	06	1,3
Mecânico	04	0,8
Pintor sem especificação (sem curso superior)	04	0,8
Balconista	03	0,6
Cabeleireiro (a)	03	0,6
Jardineiro	03	0,6
Operador de máquina não especificado	03	0,6
Auxiliar de expedição e recepção	02	0,4
Borracheiro	02	0,4
Caixa	02	0,4
Catador de papel/papelão	02	0,4
Cobrador	02	0,4
Costureiro (a)	02	0,4
Cozinheiro	02	0,4
Encarregado sem especificação	02	0,4
Faxineiro	02	0,4
Montador sem especificação	02	0,4
Padeiro	02	0,4
Recepcionista	02	0,4
Outras Ocupações *	33	7,1
Sem informação	63	13,6
Total	460	100%

Nota: *Ocupações que tiveram a frequência de apenas um caso: agente comunitário de saúde; agente de saúde pública; ajudante de cozinha; armador sem especificação; atendente; auxiliar administrativo; auxiliar de padaria; auxiliar de produção; babá; carpinteiro; carroceiro; conferente sem especificação; doceiro; eletricista; embalador; florista não especificado; frentista sem especificação; garçom; metalúrgico; *motoboy*; operador de batistaca; operador sem especificação; passadeira; pensionista; professor sem especificação; recreadora; revendedora; serralheiro (fora exceção); técnico de enfermagem; topógrafo; torneiro mecânico; trocador

As ocupações mais frequentes na Microárea 10 foram: donas de casa, estudante, pedreiro/ajudante de pedreiro, doméstica/diarista e desempregados.

Porém, após o estudo das Fichas A, decidimos que seria muito importante uma conversa com os ACSs. Elaboramos previamente um roteiro de entrevista para os ACSs responderem em conjunto nessa reunião. Esse formulário era dividido em duas partes: a primeira visava a entender as atividades relacionadas com o cadastramento da família e a segunda pretendia obter dados sociodemográficos do território, de acordo com a percepção dos ACSs. Nessa parte, foi perguntado sobre quais eram as ocupações que ocorriam com mais frequência na Ficha A.

Após nova autorização da coordenadora da unidade e com a ajuda da enfermeira da Equipe 2, marcamos a reunião. Explicamos os objetivos da pesquisa e pedimos a colaboração deles. A conversa foi realizada no dia 20 de julho de 2007 e durou cerca de uma hora e meia. Explicaram que cadastravam as famílias após três meses que estavam morando no local. Como muitos alugavam as casas, era comum se mudarem. O bairro estava sempre em movimento, por isso preenchiam as fichas a lápis. Foram unânimes em dizer que as ocupações mais frequentes são: do lar, estudantes, trabalhadoras domésticas para as mulheres e pedreiros e ajudante de pedreiros para os homens. Relataram-me que não conseguem encontrar a maioria deles em casa, sendo, por isso, abordados muitas vezes por esses trabalhadores na rua, ou em suas próprias casas, fora do seu horário de expediente. Na ocasião, relataram problemas e conflitos de sua profissão. Pudemos perceber que, por residirem no mesmo bairro que a comunidade, muitas vezes se sentiam pressionados e havia uma tensão entre os agentes e a comunidade. Uma das maiores queixas foi que a comunidade não entendia o serviço deles e por isso cobrava mais do que eles podiam fazer, razão pela qual sugeriram a confecção de *folders* explicativos. Após essa conversa, decidimos ampliar a seleção de participantes para todo o bairro (e não apenas da Equipe 2), visando a não estabelecer processo que constrangesse somente uma equipe, a qual se sentiria avaliada.

Marcamos uma entrevista na USF, com o presidente do bairro¹⁷ para entender um pouco melhor a realidade do território. Na ocasião, ele nos contou como foi a formação do bairro (há aproximadamente 23 anos), quais eram os problemas

¹⁷ Nome dado ao presidente da associação do bairro.

enfrentados pela comunidade naquele começo de luta, os que ainda enfrentavam hoje, mas afirmava que havia melhorado bastante.

Essa entrevista durou cerca de 40 minutos, sendo apontado, também, que donas de casa, desempregados, trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil são os grupos ocupacionais mais frequentes no bairro.

Tomando como referência o estudo das Fichas A, anteriormente citado, e a informação dos ACSs e do presidente do bairro para a realização dos grupos focais. Inicialmente, pensamos em formar quatro grupos homogêneos, selecionados entre aqueles com maior representatividade no campo da Ficha A referente à ocupação, excluindo os estudantes, quais sejam: pedreiros/ajudante de pedreiro; diarista/doméstica/faxineira; donas de casa/ do lar; desempregados.

Entretanto, após testagem da metodologia e do roteiro com um grupo de donas de casas e trabalhadoras, em frente à complexidade dos temas surgidos e visando a não fugir muito do nosso foco, que era o trabalhador, optamos fazer, nesse momento, um recorte em nosso objetivo inicial e estudar apenas duas categorias ocupacionais: trabalhadoras domésticas (domésticas e diaristas) e trabalhadores da construção civil (pedreiros e ajudantes de pedreiro).

2.3 O GRUPO FOCAL COM TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Concordando com Minayo (1992) quando afirma que a discussão em grupo deve ser valorizada como abordagem qualitativa, seja em si mesma, seja como técnica complementar, optamos por utilizar o Grupo Focal (GF) como técnica de coleta dos dados.

Ainda segundo essa autora, o específico dos grupos de discussão são as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados. Difere, por isso, da observação participante que focaliza mais o comportamento e as relações. O grupo focal consiste em uma técnica de importância inegável para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social.

O grupo focal é uma técnica de entrevista coletiva que vem, desde a década de 80, conquistando um *locus* privilegiado nas mais diversas áreas de estudo. Tal

crescimento foi, em grande medida, impulsionado pela pesquisa de mercado que, resgatando procedimentos clássicos das ciências sociais, das áreas de Psicologia e Serviço Social, conjugados às modernas tecnologias e paradigmas de *business*, *marketing* e mídia, reelaborou-as com o objetivo de apreender os anseios dos consumidores, definindo padrões a serem seguidos pelas empresas em seus futuros lançamentos. Os resultados foram de tal forma positivos que a técnica recebeu novo alento no campo das Ciências Sociais (CRUZ-NETO, 2002).

Hassen (2002 p. 161) define grupo focal como:

[...] uma técnica de pesquisa, dentre as consideradas de abordagem rápida, que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões em grupo, nas quais 6 a 20 pessoas, que compartilham alguns traços comuns, discutem aspectos de um tema sugerido. A técnica de grupo focal permite a identificação e o levantamento de opiniões que refletem o grupo em um tempo relativamente curto, otimizado pela reunião de muitos participantes e pelo confronto de idéias que se estabelece, assim como pela concordância em torno de uma mesma opinião, o que permite conhecer o que o grupo pensa. Em alguns poucos encontros, é possível conhecer percepções, expectativas, representações sociais e conceitos vigôntes no grupo.

Para Krueger (1994), o grupo focal é direcionado a um grupo que é selecionado pelo pesquisador a partir de determinadas características identitárias, visando a obter informações qualitativas. Suas principais características são: uma intencionalidade clara, um foco definido e a constituição de um grupo selecionado a partir de alguma(s) característica(s) comum(ns), não sendo, portanto, um grupo espontaneamente formado. O número de grupos focais a serem constituídos, assim como o número de participantes em cada um deles, é definido no desenvolvimento do próprio trabalho e segundo as necessidades detectadas pela equipe da pesquisa.

Morgan (1997 apud NERY, 2006) assinala que a escolha de grupos homogêneos ou heterogêneos vai depender dos objetivos do estudo que podem estar focados em crenças e opiniões compartilhadas ou, ao contrário, o pesquisador pode estar interessado no que sustenta a polarização e demarca as posições antagônicas. O mesmo autor destaca que os GF trazem à tona aspectos que não seriam acessíveis sem a interação grupal e que o processo de compartilhar e comparar oferece rara oportunidade de compreensão por parte do pesquisador de como os participantes entendem suas semelhanças e diferenças.

Segundo Cruz-Neto et al. (2002), a fala que é trabalhada nos GFs não é meramente descritiva ou expositiva; ela é uma “fala em debate”, pois todos os pontos de vista expressos devem ser discutidos pelos participantes. Se o pesquisador deseja conhecer as concepções de um participante sem a interferência dos outros, a técnica de grupos focais não é a mais adequada. Exatamente por isso, as questões aventadas pelo pesquisador devem ser capazes de instaurar e alimentar o debate entre os participantes, sem que isso equivala à preocupação com a formação de consensos. O importante é que todos tenham possibilidades equânimes de apresentar suas concepções e que elas sejam discutidas e refinadas.

2.4 O TRABALHO DE CAMPO

A coleta dos dados foi iniciada após ter sido autorizada previamente pela Secretária Municipal de Saúde da Serra, pela diretora do Departamento de Assistência Ambulatorial (DAAM), pela coordenadora da Unidade de Saúde da Família de Jardim Carapina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES (ANEXO A).

Uma questão importante foi a forma de montagem dos grupos. Uma possibilidade seria utilizar o conhecimento dos funcionários da USF, como os ACSs, para acessar e convidar os possíveis participantes. Entretanto, tendo em vista que haveria um viés decorrente do fato de as pessoas convidadas serem aquelas que estariam vinculadas à UBS (um dos temas a serem avaliados pela pesquisa), optamos por buscar diretamente um contato na comunidade. Dessa forma, após pedir sugestão a alguns funcionários da USF, sobre quem poderia ser nosso informante-chave, fomos colocada em contato com um morador do bairro, engajado nos movimentos sociais da comunidade e que fazia parte da Pastoral Operária.

Ao ser abordado, primeiro por telefone, para pedir permissão para que eu pudéssemos ir pessoalmente à casa dele, colocou-se à disposição em ajudar, e foi escolhido como informante-chave e ponto inicial de uma rede de contatos com os moradores do bairro.

Esse informante-chave foi um dos primeiros proprietários de terreno no bairro, onde mora há nove anos. Aposentado, foi anteriormente tesoureiro e presidente da Associação de Moradores do bairro, hoje ainda é participante. É coordenador da

Pastoral Operária, onde tem convênio com o Centro de Defesa dos Direitos Humanos (CDDH). Entre outras atividades, na Pastoral, envolveu-se na criação de várias cooperativas como a dos pescadores de Jacaraípe,¹⁸ e com o SINDIPESCAS. No bairro, a Pastoral encaminha pessoas desempregadas para o CDDH, realizando, também, cursos de capacitação de pedreiros, eletricitas e domésticas.

Solicitamos ao informante-chave que montasse uma lista com cerca de 25 nomes de pessoas pertencentes aos grupos ocupacionais escolhidos. Entretanto, para a lista das mulheres, ele indicou uma moradora pertencente à Pastoral da Criança que, ao ser contatada, também se disponibilizou a ajudar.

Diante da necessidade de testar o instrumento de coleta de dados, aproveitamos um evento da pastoral da criança na Igreja Católica do bairro, ocorrido no dia 16 de dezembro de 2007. Mesmo imaginando as dificuldades que teríamos pela frente – o local não havia sido escolhido para essa finalidade; as pessoas (mulheres) seriam convidadas na mesma ocasião do grupo e seriam pegadas de surpresa, provavelmente haveria muitas pessoas no local e com isso barulho, as mães certamente não teriam com quem deixar seus filhos – resolvemos topar o desafio.

Elaboramos um primeiro roteiro com quatro questões-chave tendo como eixo a Taxonomia de Necessidades de Saúde de Matsumoto (1999), quais sejam: necessidade de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias; necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde (sujeitos em relação); necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, na construção do sujeito.

Ao chegar ao local, juntamente com duas colegas que nos ajudaram, fomos, imediatamente, acolhidas pelos organizadores do evento. O único local disponível para a realização do grupo era uma sala com uma janela, que permitia que as mães pudessem olhar seus filhos. No local havia aproximadamente 18 mães e, após explicarmos os objetivos da pesquisa e como funcionaria o encontro, 14 delas concordaram em participar. Dessas, 12 eram exclusivamente donas de casa, e duas também trabalhavam fora.

¹⁸ Jacaraípe é um bairro da Serra.

Esse grupo de teste da metodologia foi fundamental para determinar o recorte de categorias de trabalhadores que seriam os sujeitos do estudo. Além disso, optamos por readequar o roteiro, utilizando a Taxonomia supracitada como um apoio referencial para a análise dos dados. Esse novo roteiro (APÊNDICE D) foi dividido em quatro momentos: o primeiro se referia ao acolhimento do grupo; o segundo trazia questões referentes à relação do trabalho com o processo saúde-doença; no terceiro, às questões eram referentes às necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde, em especial, a USF do bairro; e o quarto consistia do fechamento, um momento para que sugerissem como a USF poderia ajudar a resolver as necessidades de saúde deles

Com ajuda dos informantes-chave, pensamos em um local onde os encontros poderiam ser realizados. Inicialmente, foi sugerida a escola do bairro, mas, como haveria dificuldades para marcar os grupos à noite e durante os finais de semana, esse local foi destacado.

Outro lugar que foi sugerido por um funcionário da USF foi uma Igreja Batista do bairro, a qual se mostrou adequada. A responsável pelo local foi muito atenciosa, disse que, se necessário, poderia ser usado à noite e nos finais de semana. Era um local de fácil acesso (na rua principal do bairro) e neutro (pois não era dentro da USF), onde as pessoas poderiam ficar mais à vontade para falar.

O convite às trabalhadoras para participar da pesquisa contou também com a colaboração de uma outra moradora¹⁹ e foi realizado nos domicílios, durante três noites. Algumas vezes, a própria trabalhadora nos acompanhava quando íamos convidar outra moradora. Optamos por percorrer o bairro à noite, pois era o horário em que elas eram encontradas mais facilmente em casa. Foram convidadas 19 pessoas.

Durante esses convites, pedíamos que indicassem um horário mais adequado à reunião e solicitávamos um telefone para confirmar o dia e o horário. A maioria indicou sábado à tarde. Assim, o grupo foi agendado para as 16h30min, do dia 26 de janeiro. Como uma das informantes-chave se empenhou muito nos convites e quis

¹⁹ Solicitamos a ajuda de uma auxiliar de serviços gerais que trabalhava conosco na Secretaria de Saúde para nos ajudar a formar uma rede de contatos.

participar, foi permitido que fizesse parte do grupo, mesmo não seguindo o critério da ocupação.

No dia do encontro, por telefone, reinteramos o convite e confirmamos quem poderia ir. Esse procedimento se mostrou adequado, visto que algumas disseram que tinham esquecido e outras afirmaram que se esforçariam em ir, diante do nosso interesse.

Nessa etapa, contamos com a ajuda de uma relatora. Utilizamos os seguintes recursos materiais: uma filmadora, três gravadores de som (que foram colocados em pontos separados da sala). Na sala havia um quadro-de-giz (para o caso de que se fizesse necessária alguma anotação).

Fizemos um lanche para recepcionar as pessoas e ir “quebrando o gelo”. A princípio, pareciam muito acanhadas e quase não comeram. Participaram 13 mulheres, com média de idade de 34 anos. O APÊNDICE E traz informações acerca da idade, tempo de moradia no bairro e ocupação.

Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), as discussões duraram aproximadamente uma hora e trinta minutos. Durante esse tempo, elas foram se soltando e a participação foi muito intensa.

Fizemos o relatório da reunião, após o encontro, com auxílio das anotações feitas pelo relator. Nesse momento, foram anotadas também as reflexões acerca da dinâmica apresentada pelo grupo, nos aspectos que suscitaram atenção da equipe técnica.

O convite aos homens (dezenove)²⁰ também foi realizado à noite, durante dois dias. Alguns foram feitos em domicílios, outros em bares do bairro, onde fomos acompanhada do nosso informante-chave. Foi permitida, também, a participação do informante-chave no grupo, tendo em vista ser elemento fundamental na rede de relações que se formou. Muitas vezes, o compromisso da participação foi firmado diretamente com ele.

²⁰ Este número semelhante ao de mulheres foi coincidência.

Repetimos os mesmos procedimentos já adotados. Durante as visitas, pedimos uma sugestão de dia e horário e telefone para confirmação. O dia e horário sugerido foi uma terça-feira, após as 19h30min.

Assim, esse grupo se reuniu no dia 29 de janeiro. Também contou com a presença de um relator e os mesmos recursos materiais utilizados no primeiro encontro. Fizemos um lanche para recepcioná-los. Chegaram um pouco atrasados e juntos, o que fez com que achássemos, por alguns minutos, que não compareceriam. Participaram 15 trabalhadores, com média de idade de 40 anos. O APÊNDICE E traz informações a cerca da idade, tempo de moradia no bairro e ocupação.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciamos a reunião. Para nossa surpresa, aparentavam estar muito à vontade, dispostos e animados com a oportunidade de falar. As discussões duraram cerca de duas horas.

Fizemos o relatório com auxílio do relator.

A transcrição das fitas foi feita e as filmagens realizadas mostraram-se muito úteis.

Após a primeira leitura dos dados apreendidos (relatório dos grupos e transcrição das fitas) e algumas reflexões, achamos importante fazer mais um grupo, misto (trabalhadoras domésticas/diaristas e trabalhadores da construção civil) e com menos pessoas, para aprofundar alguns pontos.

Para esse terceiro encontro, não foi possível contar com a colaboração dos informantes-chave anteriores, tendo em vista a premência de encerrar o trabalho de campo. Dessa forma, o informante-chave foi um ACS, que pode nos acompanhar no primeiro dia de visitas para convidar os participantes. Diante de imprevistos no seu trabalho, passamos a realizar as visitas sozinha. Foram convidadas 15 pessoas, mas sentimos que a rede formada estava bem mais fraca.

Os mesmos passos descritos anteriormente foram seguidos. O grupo foi reunido no mesmo local, às 16h, do dia 1º de março, tendo durado 1h30min. Também contou com a presença de um relator e com os mesmos recursos materiais utilizados nos encontros anteriores.

Participaram do grupo quatro trabalhadores e três trabalhadoras, com média de idade de 48 anos. O APÊNDICE E traz informações acerca da idade, tempo de moradia no bairro e ocupação. Não houve a participação do informante-chave neste grupo. Após o encontro, foi elaborado um relatório com a síntese do mesmo, com auxílio do relator.

2.5 A ANÁLISE DOS DADOS

Pesquisas qualitativas geralmente geram um enorme volume de dados que precisam ser organizados e compreendidos (ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER 1999).

Os dados foram analisados pela da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1979), para a análise do conteúdo do material e das impressões do pesquisador, faz-se necessário um trabalho de releitura e edição de maneira a possibilitar a emergência dos temas ou núcleos de análises. Afirma a autora:

[...] análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Segundo Minayo (1992), do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdos, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, a que melhor se adequou à investigação qualitativa do material coletado neste estudo foi a análise temática.

A análise temática consiste em:

[...] descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Ou seja, a análise temática se encaminha para a contagem de freqüências das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2007, p. 316).

Neste estudo, em primeiro lugar, foi realizada uma leitura vertical de cada grupo, separando em cada um deles os núcleos de sentidos. Após, foi feita uma leitura horizontal entre os diferentes grupos.

A Taxonomia de Necessidades de Saúde de Matsumoto (1999), por suas qualidades na aplicação ao cenário da Saúde da Família, numa realidade concreta e circunscrita, considerando-se a inserção e o contexto de condições de vida dos sujeitos no nível local, foi usada como pano de fundo e interlocutora privilegiada para esta análise.

Segundo Nery (2006), que utilizou a Taxonomia de Necessidades de Saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura de necessidades na Unidade de Saúde da Família, a partir da ótica de famílias atendidas, do município de Jequié, Bahia, ela mostrou-se adequada, levando-se em conta a questão da saúde como direito que fundamenta o SUS, e a perspectiva de saúde no conceito ampliado, colocado pela Estratégia de Saúde da Família.

Como já visto, Matsumoto (1999) entende necessidades de saúde como: necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde (sujeitos em relação), necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, na construção do sujeito.

Após a ordenação dos dados empíricos, dois temas principais se destacaram como mais relevantes para a compreensão do objetivo deste trabalho. Os dados relativos a cada um desses temas, sua análise e discussão com autores que já abordaram o tema em seus estudos serão apresentados na forma de capítulos. Para melhor entendimento do leitor, os depoimentos foram identificados com caracteres que informam sobre o grupo que participaram, conforme o APÊNDICE E.

O Capítulo III aborda a relação entre o trabalho e processo saúde-doença e o Capítulo IV se refere às necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde, em especial a USF do bairro.

CAPÍTULO III

RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E O PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar dados empíricos da pesquisa que se aglutinaram ao redor de algumas questões – o significado do trabalho para vida; a interferência do trabalho na vida; a compreensão do processo saúde-doença e riscos percebidos e morbidades referidas – que nos ajudam na compreensão da relação entre trabalho e processo saúde-doença, na ótica de trabalhadores da construção civil e de trabalhadoras domésticas adscritos à Unidade de Saúde da Família de Jardim Carapina.

Na contramão das teses que apontam a perda da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea, esses resultados reforçam o que Borges (2006) ressalta em seus estudos e pesquisas: a relevância – e centralidade – das transformações em curso no mundo do trabalho sobre as demais esferas da vida social, entre as quais a família, pólo de reprodução intimamente articulado com o pólo da produção.

3.1 SIGNIFICADO DO TRABALHO NA VIDA

Neste início de milênio, o trabalho e a família continuam sendo os eixos organizadores da vida de homens e mulheres de todas as idades, raças e nacionalidades. O mito de que o trabalho e a família eram dois mundos separados acabou e hoje há um reconhecimento da importância das relações entre eles (GOLDANI, 2002).

O trabalho remunerado, extradomiciliar, para grande parte das trabalhadoras domésticas, é apontado como uma necessidade para a sobrevivência, conforme depoimentos das entrevistadas:

O trabalho para mim hoje é uma necessidade (R8).

Se eu não trabalhar, eu não moro, não como, meus filhos não comem. Eu tenho que trabalhar... não posso parar, não. Eu pago aluguel (R3).

Só sou eu e Deus. Eu não tenho marido para me ajudar. Se eu não trabalhar eu passo necessidade. Se eu não trabalhar, quem vai colocar comida dentro de casa para mim comer (R11)?

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2000), no Brasil, 30% das unidades domésticas urbanas são lideradas por mulheres. É comum, entre as famílias pobres, a mulher ser a “chefe da casa e da família” e arcar sozinha com todas as despesas, o que tem contribuído para o fenômeno chamado “feminização da pobreza”.

A necessidade de participação no orçamento doméstico é a principal razão para se trabalhar apontada pelas mulheres que vivem conjugalmente, pois o cônjuge não tem conseguido, sozinho, prover todas as necessidades familiares ou, em alguns casos, estão desempregados:

As coisas hoje em dia estão muito difíceis. Se trabalhando já está difícil, imagina sem trabalhar. Se você quiser comprar uma coisinha melhor para o seu filho, pagar um curso, você tem que trabalhar. Só o marido não dá. Então você tem que ajudar (R10).

Hoje é dividido. As despesas da casa são divididas. É um gás, uma luz, uma comida, um telefone, tudo é dividido. Hoje não tenho os filhos para ajudar, nossos filhos já estão casados, só tem unzinho que ajuda nas despesas... (R6).

[...] quase não sobra nada para mim, pois é tudo dividido, gás, comida, só se eu fizer mais alguma coisa fora (R8).

Eu trabalho porque eu preciso. Meu marido tem que sustentar eu e minha filha, então eu trabalho para ajudar ele (R9).

Agora eu sei que tem muitas aqui que trabalham porque precisam. Eu já passei por isto, quando meu marido ficou desempregado dois anos. Eu tinha que trabalhar sozinha, pagar luz, fazer compra, ainda pagar uma pessoa para olhar a minha filha. Mas, graças a Deus, isto acabou. Agora meu marido está em um emprego (R2).

Rodrigues (1978), ao estudar sobre operários e operárias da Grande São Paulo, afirma que o próprio fato de as mulheres terem que trabalhar se deve, muitas vezes, à incapacidade do homem para suprir as necessidades de recurso materiais da família.

Araújo e Sacalon (2006), quando se referem às mudanças na característica dos arranjos conjugais, apontam alterações dos padrões de organização familiar. O ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho parece contribuir para essas mudanças, trazendo evidências de que os modelos de conciliação entre trabalho pago e vida familiar, baseados na clássica dupla “homem provedor” e “mulher cuidadora”, vêm sendo alterados em direção a um modelo dual, no qual as mulheres

permanecem como as principais “cuidadoras”, mas o trânsito entre o espaço doméstico e público se constitui um dado contemporâneo.

Porém há uma outra perspectiva do significado do trabalho para as mulheres pesquisadas que é a satisfação por não ter um trabalho exclusivamente de reprodução social, como o da dona de casa. A mulher que trabalha fora pode sair de casa e conhecer pessoas diferentes. Mesmo numa sociedade ainda machista e patriarcal, ter o próprio dinheiro contribui para que essa mulher não fique submissa aos desejos do marido:

Eu gosto de trabalhar. É uma maneira da gente sair de casa (R12).

Eu também gosto de conhecer pessoas novas, fazer amizade. Eu também não gosto de ficar dentro de casa (R1).

O trabalho é tudo para mim. Se eu quero uma coisa, vou lá e compro. Se eu quero sair, eu não tenho que pedir dinheiro. Meu marido fala que era bom, quando eu estava em casa, chegava cedo em casa. Só que eu odeio ficar em casa. Assim, quando eu estou de férias, eu arrumo outro bico para fazer porque eu não gosto de ficar em casa. Eu acostumei sair todos os dias, conhecer pessoas diferentes. Você vê as pessoas conversando coisas novas. Meu marido fala que está fazendo um ponto e diz que, quando tiver pronto, eu não vou mais trabalhar fora. Mas minha vontade não é essa. É continuar trabalhando, colocar tudo dentro do ponto, mas continuar. Pois lá eu não vou ter a mesma independência do que na rua. Pois eu tô lá no meu ponto e ele vai vir me perguntar se eu já estou fechando. Eu penso em ter meu próprio negócio, mas continuar trabalhando (R13).

O meu caso é esse aí... Eu trabalho, porque quero as coisas e não preciso ficar pedindo ao meu esposo. Eu quis comprar uma máquina digital e acabou. Ele falou que, se dependesse dele, ele não ia comprar a máquina. Eu estou trabalhando, fui lá e comprei a máquina. Ele não falou nada. É meu dinheiro e pronto! (R2).

Em relação à ocupação de doméstica e diarista, algumas trabalhadoras apontam o preconceito da sociedade com essa ocupação, o que faz com que, muitas vezes, prefiram esconder essa condição. Entretanto, parece ocorrer também preconceito por parte delas próprias, atingindo, inclusive, sua feminilidade. A própria vestimenta traduz, visualmente, um *status* socioprofissional diferenciado e diminuído, em relação ao trabalho em empresas, que, por outro lado, pode ser utilizado como meio de conseguir uma vantagem adicional em frente às patroas:

Eu já desanimo. Eu não passo nem um batom, eu sei que vou para lá. Não coloco nem uma roupinha mais ou menos. Não adianta ser toda bonitona, toda poderosa que chega no serviço e é doméstica. Você entra na casa da mulher e fica lá. Se você vai toda bonitona, ela pensa que você está podendo, e aí que não te dá nenhum negocinho, nem uma roupinha, não te

dão nem uma sandália usada para você vestir. Eu fico imaginando aquele serviço... só sentada, no ar condicionado (R8).

Eu acho tão bonito quando passa aquelas mulheres de uniforme, sabem... com aquelas gravatinhas... Tem certas vezes que você vai fazer um cartão na loja, eu tenho que mentir, senão eles me dão um limite pequenininho (R12).

Uma moradora relatou sentir menos vergonha em assumir exclusivamente o seu papel na reprodução social do que falar que é trabalhadora doméstica, principalmente diante de mulheres “estudadas”. Ter a opção de somente cuidar dos filhos é socialmente mais valorizado do que a necessidade de trabalhar e, pela falta de estudo, só restar ser trabalhadora doméstica.

Em relação a este negócio, a culpa é minha de eu estar nesta profissão. Eu ser doméstica. Eu acho que foi minha culpa, eu não procurei estudar, eu só queria namorar. É a coisa mais triste você falar, ‘eu sou doméstica’. Eu sinto até vergonha. É porque tem muitas pessoas que, às vezes, eu já tive caso de eu falar e ficarem rindo de mim. Vou contar para vocês: uma vez eu fui com o meu marido em um culto, então ele me perguntou se eu queria ir na Praia do Canto, ‘Quero né!’, A gente que não é estudada fala errado. A gente dele, vinha me perguntar: ‘Você está estudando?’. ‘Não, não tô mais’. Só falta ele me perguntar em que série eu parei. Tomara que não pergunte. ‘Não trabalho, não, eu tomo conta dos meus filhos’. Porque, onde a gente tava, tinha uma que era professora, outra advogada, outra não sei o quê. Isso aí complica. Fico quieta na minha. A gente fica meio tensa em falar que é doméstica. As minhas amigas sabem. Eu falo com elas, mas têm certos ambientes que você está que é complicado assumir isto (R2).

Por outro lado, outras dizem sentir orgulho do que fazem por ser um trabalho honesto e que sempre as ajudou no sustento próprio e de sua família. Entretanto, mesmo estas reforçam a necessidade de mais estudo para conseguir um emprego em empresa considerado mais digno:

Este ponto que ela falou aí eu já não concordo muito, não, pois desde os meus 12 anos eu sou doméstica. Esta questão de me arrumar, eu também não perco a vontade, não! O que eu acho é que devemos ter mais direito [...]. Você vai fazer um curso porque você quer ser uma coisa melhor, mas não vai falar que você tem vergonha de ser doméstica. Isto, não. Você vai estudar porque quer uma coisa melhor mais tarde, porque doméstica é puxado. Você pode voltar a estudar, nunca é tarde, mas vergonha de ser o que você é, aí eu já não concordo. Se me perguntarem eu digo: ‘Sou doméstica, cozinheira!’ (R6).

Eu também não concordo, não. Eu acho que é difícil [voltar a estudar], mas depende da gente, temos que nos esforçar para chegar igual ela falou ‘gravatinha’ [referindo-se às trabalhadoras de empresas que usam uniformes]’ (R7).

Talvez essa desvalorização ocorra porque essa atividade profissional está diretamente relacionada com quem a realiza (mulheres, na maioria das vezes

negras), e com o tipo de trabalho que se faz (doméstico). Como assinalam algumas feministas, o tempo dispendido pelas mulheres com a reprodução da vida – com o cuidado de pessoas que não podem se autocuidar (idosos, crianças, doentes, pessoas com deficiência), com ações essenciais para a própria manutenção das atividades produtivas como educação, vestimenta, alimentação, saúde e abrigo – não é contabilizado como produtivo para a organização social do trabalho, sendo expropriado do trabalho das mulheres. Esses aspectos podem ser observados em expressões como “é muita exploração”, “exploram e pagam pouco” (FÓRUM ITINERANTE E PARALELO SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2008).

A desvalorização da ocupação no mercado de trabalho se concretiza na dificuldade de reconhecimento dos direitos trabalhistas, quando uma maior remuneração é negociada em troca da não regulamentação e da manutenção do vínculo informal.

Eu comecei com 15, comecei como doméstica, depois fiquei numa firma na CST, fiquei três anos como cozinheira, saí e hoje eu trabalho como diarista, porque, para você fichar hoje, eles não querem pagar o que você tem na carteira. Se eles te pagam 600, querem te fichar como 390. Não tem condição. No hospital me chamaram para trabalhar e queriam me pagar 390, não tem como aceitar, se minha carteira está como 600. Fui obrigada a trabalhar em uma casa de família depois de ter uma profissão na carteira, por causa do salário. Então, hoje eu tô trabalhando como diarista. A gente é obrigada a aceitar para ganhar mais dinheiro [...] (V6).

E ficam jogando na sua cara que tão te pagando muito. E se você falar, dizem que você vai ver se arranja um outro serviço (R1).

Só vale a pena trabalhar com carteira em firma, pois aí você tem o seu horário para entrar e para sair. A doméstica não tem este direito (R12).

Quando perguntadas sobre qual seria o trabalho ideal, quase todas as trabalhadoras responderam que é ter um negócio próprio, pois, dessa forma, acreditam que ganhariam mais e teriam mais liberdade de controlar o tempo, de administrar o próprio tempo na vida.

Araújo e Scalon (2006), ao estudarem os sentidos do trabalho doméstico para homens e mulheres, concluem que a conciliação de um trabalho que permita às mulheres desenvolverem atividades relativas ao cuidados dos filhos, sobretudo quando estes ainda são pequenos, se constituiu em um ideal para uma parcela significativa de suas entrevistadas.

No que diz respeito aos trabalhadores homens dos grupos estudados, quando perguntados sobre o significado do trabalho em sua vida, também consideram ser uma necessidade para a sobrevivência de si e da sua família. O trabalho da construção civil é muito importante por permitir que pessoas de baixa escolaridade, que vieram principalmente do interior, possam se inserir rapidamente no mercado de trabalho, já que não depende muito de qualificação profissional. O que interessa é conseguir uma ocupação que possibilite a sobrevivência deles e da família. Dessa forma, diante da falta de opções, agradecem a Deus por estar trabalhando e esforçam-se para gostar da ocupação, para Deus abençoar ainda mais. Hoje o mercado da construção civil, no Estado do Espírito Santo, está muito aquecido, favorecendo a oferta de serviços e melhores rendimentos:

Para mim, hoje, a construção civil é tudo, né? É uma forma de eu sobreviver, ganhar um dinheiro, levar a minha vida, cuidar da minha família. Porque hoje, se eu for optar por outra coisa... primeiro porque eu não tenho tempo e se, hoje, eu for investir em uma outra profissão eu vou passar necessidade em outras coisas, porque não compensa. Lá em casa só quem trabalha sou eu para manter a casa toda. Toda conta de luz quem paga sou eu mesmo, então eu tenho que me virar mesmo, não tenho outra opção. Então eu tenho que dá graças a Deus que eu ainda tenho conhecimento para que eu possa trabalhar e tô sobrevivendo disto. Eu acho que hoje, para mim, eu não tenho outra saída a não ser encarar de frente e fazer meu trabalho com amor, porque eu acho que tudo que a gente faz com amor e carinho, seja a profissão que for, seja um catador de lixo, mas, se ele estiver sobrevivendo e está dando certo, tem que fazer com amor e carinho. É forma que, também, Deus abençoa a gente e pode ajudar a gente a se interessar pelo próprio trabalho e ir tentando agradar, pois às vezes a pessoa não consegue agradar todo mundo (A10).

Eu considero o carro-chefe este trabalho de pedreiro, pois, sobretudo para a gente que não tem estudo suficiente para exercer uma profissão. Eu, por exemplo, nem 4º série, nem 4º ano primário. Então, se eu for querer, de certa forma, crescer, eu tenho que estudar, mas agora, com 55 anos, ir para uma sala de aula não é para mim mais. Então este trabalho é o que a gente tem como profissão, para você ganhar um pouquinho mais, para ajudar a família e procurar se manter, a gente e a família. Por sinal, está sendo muito bom, está aparecendo tanto serviço agora, está até sobrando serviço agora e faltando pedreiro (A2).

Eu observei o seguinte, a maioria, quase todos nós aqui, vinha do interior ou vinha de outra cidade, então o que acontece é que a maioria destas pessoas aqui tem uma escolaridade baixa, inclusive eu, então o que acontece é que a gente chega em uma outra cidade, eu sou da Bahia, o outro é de Minas. A gente chega aqui e qual a primeira opção que a gente tem? Trabalhar na construção civil. Então, às vezes, não é porque a pessoa gosta da construção civil, é porque ele é empurrado, pois é uma coisa que ele consegue fácil e não depende de escolaridade. Qualquer escolaridade o cara entra na construção civil (A12).

Nessa característica, as categorias de trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil se assemelham, pois representam uma possibilidade de as pessoas de menor nível socioeconômico e escolaridade, que necessitam trabalhar precocemente, se inserirem no mercado de trabalho. Como disse Valla (2002), um trabalho frustrante para as classes populares não significa uma “má escolha”, mas quase sempre uma “única escolha” por causa das poucas ofertas do mercado.

Também há consenso dos trabalhadores da construção civil com as trabalhadoras dos serviços domésticos de que é um trabalho pouco valorizado. Os que trabalham com carteira assinada ganham muito pouco e os que trabalham como autônomos, apesar da possibilidade de melhores rendimentos, não têm direitos trabalhistas, segurança e se sentem totalmente desamparados pelo Estado:

Trabalho da construção civil é trabalho braçal, é trabalho bruto, é pouco recompensado, é pouco o valor (V5).

[...] se você trabalha com carteira assinada, você ganha é muito pouco, trabalham mais por falta de opção. A maioria das pessoas que trabalham como pedreiro não tem carteira assinada, não tem INPS, são pessoas que estão desamparadas. O trabalhador autônomo fica desamparado. Se ele sofrer um acidente, se ele precisar de um tratamento para qualquer coisa, você está enrolado. Eu não considero uma boa coisa, tanto quem é empregado como quem é autônomo, pois você não é valorizado (A12).

Iriart et al. (2008), ao estudarem as representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil, em Salvador-BA, perceberam, entre os trabalhadores da construção civil, alguns aspectos positivos do trabalho sem carteira assinada, apontando-o como o que possibilitaria maior remuneração e realização de diferentes serviços.

O caráter marginal dessas duas categorias remete, na verdade, ao fato de elas serem atípicas, nem tanto em relação à média dos trabalhadores (pois são bastante numerosos, principalmente em países subdesenvolvidos), mas em relação à imagem típica do trabalhador que foi construída pelas leis nacionais, pelos discursos sindicais e pela literatura erudita da sociologia do trabalho, sem falar no discurso popular (LAUTIER; PEREIRA, 1994).

Trata-se de duas categorias homogêneas do ponto de vista do gênero, caracterizadas por grande proporção de jovens, migrantes e com baixo nível de escolaridade. A desvalorização e a estigmatização (que comportam com frequência

elementos de racismo) são muito intensas, sejam elas externalizadas pelos próprios trabalhadores ou pelos patrões, pela hierarquia ou pelo conjunto da população urbana. As relações de trabalho são, em grande parte, informais (no sentido do não pagamento dos encargos sociais e da falta de respeito às leis que regem o uso do trabalho quanto a feriados, segurança e salário mínimo). A fraca regulação institucional desses empregos, bem como fatores próprios do ramo (no caso da construção civil) ou da natureza das relações profissionais (no caso das domésticas) leva a uma forte precarização; enfim, as relações com aqueles que dominam de perto esses trabalhadores (as patroas das empregadas, os operários qualificados da construção e o mestre de obra) são sempre fortemente personalizadas (LAUTIER; PEREIRA, 1994).

Em estudo de Iriart et al. (2008), já citado, os trabalhadores foram unânimes em afirmar que não gostariam que seus filhos seguissem sua profissão e enfatizaram a necessidade de estudar para ser mais bem sucedido. Para esses trabalhadores, a baixa escolaridade, o medo do desemprego e a falta de opção foram trazidos como fatores que impossibilitam a mudança de ocupação e levam à aceitação do trabalho doméstico ou na construção civil por ser melhor do que ficar desempregado.

Entretanto os trabalhadores da construção civil aqui estudados ressaltam ser uma profissão que exige inteligência e criatividade, comparando-a ao ofício de um artista. Por atuarem em uma área em constante evolução tecnológica, estão sempre tendo que lidar com novos produtos, aprendendo na prática, sem nenhum treinamento específico. Reconhecem que um trabalhador instruído tem mais facilidade diante dessas mudanças e incentivam os mais jovens a estudarem. Porém poucos conseguem, pela dificuldade decorrente da necessidade de trabalhar o dia inteiro em um ofício onde é intenso o uso da força de trabalho:

É um serviço que exige muito. O cara tem que ser muito inteligente para desenvolver nesta área, mesmo que ele tenha estudado pouco. Não é qualquer pessoa que consegue trabalhar como pedreiro (A12).

O mercado hoje na construção civil é muito evoluído, por causa do engenheiro, arquiteto e decoradores. Então na construção civil hoje, a própria empresa que fabrica os produtos, o interesse deles é melhorar, aperfeiçoar e, por causa disto, é novidade todos os dias. Então é uma área que você nunca sabe tudo, você está sempre aprendendo todos os dias, pois têm sempre coisas novas. O pedreiro acaba se tornando um artista, porque ele não está na escola estudando, mas dentro da profissão dele tem que se virar. O pedreiro tem que estar aprendendo todo dia, porque, se ele

não fizer, se ele não tiver uma mão de obra qualificada, de primeira, ele fica enrolado para conseguir trabalhar. Porque eu cheguei numa obra, ontem mesmo, por exemplo, chega o material... se ele nunca viu o material... Hoje esses meninos novos, que trabalham comigo aí, já têm um estudinho. Mas, quando eu pego essas pessoas mais novas, eu já peguei muita gente que veio da Bahia, que não tinha estudo nenhum, que não sabia nem escrever o nome, eu mesmo incentivava. Isto é importante, sim, mas, às vezes, o serviço é muito puxado, sim, e quando chega à noite fica difícil encarar o colégio (A10).

Tem que saber alguma coisa, pois, se ele for pegar um projeto, como é que ele vai se desenrolar? Ele tem que saber calcular, somar, multiplicar, dividir, tem que saber ler para entender o que ele está fazendo. Eu mesmo trabalho por conta própria, eu tenho o meu grau de escolaridade, senão eu não fazia o que faço, não construía um prédio, não fazia uma decoração, pois se hoje você não tiver também, você se perde todinho em um projeto (A11).

Outro aspecto referido é que o trabalho tem um significado como valor moral e social e não somente como valor de produção. A partir daí formulam expressões como “o trabalho engrandece o homem” e “o trabalho dignifica”. Entendem que o trabalho como obrigação por si só não é bom, mas o respeito, a dignidade, a credibilidade e a própria saúde que ele pode gerar, isso, sim, é o lado bom do trabalho. Nessa ótica, quem não trabalha tem dificuldade de se inserir socialmente:

Em relação ao trabalho, não é bom, não, ele engrandece a gente, mas que é bom... Digamos você, hoje eu tô a fim de trabalhar eu vou, mas ir todo dia, não é bom, não. Tem uma variedade de trabalho, mas não pensa que existe trabalho bom, porque todo trabalho é ruim. Mas sem trabalho você é um homem sem confiança, sem moral, sem crédito, pois fica uns cinco anos sem trabalho e chega no comércio e tenta comprar fiado para ver se o cara te vende. Uma desgrama que te vende. Tudo isto e tem saúde também, se o cara pára de trabalhar, adoece (V1).

Apesar de não ser para todos, o trabalho ajuda no caráter, na formação da pessoa, ajuda a valorizar o que você tem, porque o cara que tem tudo na mão, dificilmente dá valor aquilo que ele tem (V3).

No meu modo de pensar, quem não trabalha e vive melhor do que quem trabalha com certeza alguma coisa errada fez (V1).

O grupo composto por homens e mulheres destaca, também, o problema da desvalorização da mão-de-obra feminina, quando comparada com a masculina. Consideram essa diferença uma discriminação quando ambos executam a mesma função.

[...] A mesma coisa que o homem faz a mulher faz e ganha menos. O cozinheiro ganha os 600 pau, porque que a mulher tem que ganhar menos? Eu acho muito errado. Não pode acontecer isto. A gente é discriminada (V6).

Acontece na mesma profissão. A profissão é a mesma. Não pode acontecer isto. É uma discriminação (V1).

Uma das características mais marcantes do mercado de trabalho brasileiro é o diferencial de rendimentos entre raças e gênero. Diante disso, Cambota e Pontes (2007) estudaram a desigualdade de rendimentos por gênero para os indivíduos alocados em uma mesma ocupação no mercado de trabalho do Nordeste, segundo sua auto-identificação racial, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004. Os resultados sugerem evidências de discriminação contra mulher intra-ocupação, sendo esta visualmente mais evidente nas ocupações com maior escolaridade.

Soares (2000), ao discutir o perfil de discriminação, no mercado de trabalho, de homens negros, mulheres brancas e negras, também utilizando dados da PNAD, afirma que uma das esferas da vida na qual é possível mensurar os efeitos da discriminação é o mercado de trabalho. Uma das conclusões a que chegou é a de que a mulher, mesmo as tão bem ou mais qualificadas que os homens, com a mesma cor da pele, que trabalham em setores industriais e regiões cuja remuneração é idêntica, na hora de decidir o tamanho do contracheque, o delas é muito menor que o deles. A diferença está em torno de 35% e já foi bem maior. A interpretação do autor, em relação ao perfil da discriminação contra mulheres, é que existe um acordo tácito no mercado de trabalho de que as mulheres, mesmo exercendo tanto quanto os homens atividades que exigem qualificação, precisam ou merecem ganhar menos, tendo em vista os homens serem chefes de família, e terem mais responsabilidades.

3.2 INTERFERÊNCIA DO TRABALHO NA VIDA

Os trabalhadores da construção civil estudados relataram trabalhar de segunda a sexta-feira, em jornadas de oito a nove horas, com uma hora de almoço, das 11 às 12h. No sábado, alguns trabalham quando o serviço exige, outros trabalham na melhoria das próprias casas e outros não trabalham.

Da mesma forma, as trabalhadoras domésticas, empregadas domésticas, cumprem jornadas de oito a nove horas por dia, de segunda a sexta-feira. O sábado também é muito variado: enquanto umas trabalham no mesmo emprego, outras complementam seu salário, trabalhando como diaristas em outras casas, e algumas disseram trabalhar em suas próprias casas, fazendo os serviços domésticos. As

trabalhadoras domésticas, diaristas, não têm uma jornada de trabalho definida, depende da negociação com cada patrão.

Não bastassem as jornadas de trabalho extensas, o trabalho extra é citado por alguns trabalhadores de ambas as ocupações, como uma estratégia para “aproveitar o tempo” e completar o orçamento familiar:

Eu, para aproveitar meu tempo... Eu sou músico. A noite, para eu ganhar um troco, ou vou em um barzinho, toco, chego em casa de madrugada e: ‘Tá aqui mulher’ [imita com quem está dando o dinheiro] (A4).

Meu nome é [...], sou pedreiro, morador de Jardim Carapina há 17 anos e sou também churrasqueiro [*ele vende churrasquinho à noite em uma esquina do bairro*] (A5).

Trabalho como doméstica todos os dias de 9h30min até 13h30min. Depois eu vendo outras coisas, como cosméticos, e até às 22h eu ainda trabalho (R6).

Eu trabalho todos os dias. Tem dia que eu saio às 3h da manhã para matar galinha para um restaurante. Não tenho dia nenhum em casa. Ontem eu cheguei às 9h da noite. Eu não tenho descanso, não (R11).

Trabalho como doméstica, das 7h às 15h, mais ou menos, e depois ainda tenho que fazer um extrazinho. Eu monto cama elástica em uma praça do bairro (R8).

Às vezes, eu ainda trabalho à noite. Tem final de semana que o pessoal liga... Em dezembro, eu fiquei oito dias sem passar em casa. Eu só ligava para minha filha. Tô saindo do serviço e estou indo para o hospital [tomar conta de pessoas acamadas] (V2).

Rodrigues (1978), ao relatar as narrativas que um grupo de operários e operárias fazem do seu dia-a-dia, revela uma corrida contra o relógio, num ritmo de vida embrutecedor desde o momento em que acordam. A recorrência da preocupação com o tempo se alia à da preocupação com o dinheiro: além dos cálculos que fazem das 24 horas dos dias, têm que fazer dos 30 dias do mês. Dessa forma, conclui que o trabalho ocupa todo o espaço da vida dessas pessoas.

Para Torres (2002, apud COUTINHO; GOMES, 2006), as mudanças que se operam nas relações de trabalho vão além da contradição emprego-desemprego: o trabalho assalariado perdeu a sua centralidade como estrutura, mas o trabalho, em seu sentido ontológico, continua sendo elemento central na vida do sujeito histórico, ou seja, uma categoria de interpretação da condição humana.

Entre as mulheres, principalmente entre as que têm filhos pequenos, foi comum a queixa em relação à dupla jornada de trabalho e à falta de apoio dos companheiros nos serviços domésticos. Como, além do trabalho extradomiciliar, continuam com a obrigação do trabalho de casa e o tipo de atividade realizada nos dois lugares é comum (trabalho doméstico), sentem que um é a extensão do outro. Além disso, é um trabalho cotidiano e inesgotável, sendo assim, para elas, é mais vantajoso ser homem. As afirmações a seguir expressam essas opiniões:

Eu acho que mesmo quem trabalha menos e chega cedo não consegue ter lazer, não, porque o que a gente trabalha lá, a gente trabalha em casa também. A gente trabalha em dobro (R8).

O serviço de casa você nunca consegue terminar (R5).

É um serviço que é direto (R2).

Eu penso que eu queria ser homem, para só trabalhar uma vez no dia (R9).

Ah, eu também. Eu falo isso toda hora (R2).

Eles chegam e ficam tranquilos, vão tomar seu banho, assistir uma televisão e a gente está ali, fazendo tudo e ainda tomando conta de criança (R2).

Janta, vai deitar e a gente continua arrumando tudo, pois amanhã temos que sair (R6).

O meu chega, liga a televisão vai deitar e eu digo: 'Olha o prato. Tem que ajudar, senão eu também não ajudo no final do mês' (R4).

Graças a Deus, lá em casa não adianta, eu posso falar... Me dá raiva, me dá vontade de pegar ele e estrangular com as mãos. Mas eu não posso (R8).

Evidentemente, para a mulher que duplica suas tarefas, realizando o trabalho doméstico e o extradoméstico, esse aspecto do trabalho ocupando todo o tempo é ainda mais dramático. Antes de tudo, essa mulher é muito necessária dentro de casa e não tem com quem deixar os filhos. Para trabalhar, ela tem que duplicar sua tarefa, cumprindo suas funções dentro e fora de casa (RODRIGUES, 1978).

Segundo Iriart et al. (2008), a dupla jornada de trabalho, que leva a trabalhadora doméstica a repetir, na sua casa, as mesmas atividades realizadas na casa dos patrões, deve ser levada em consideração como um fator de risco de adoecimento.

Pela ideologia do patriarcado, o trabalho doméstico é instituído como tarefa natural da mulher e torna-se, por isso, um obstáculo à liberdade das mulheres no mundo público, à igualdade, à democracia nas famílias e à justiça no mercado de trabalho.

Desse modo, por terem sob sua responsabilidade os filhos e as tarefas domésticas, e como a contabilidade capitalista coloca na conta das mulheres os custos com a reprodução, as mulheres tornaram-se "mais caras" para os empregadores. E é justamente por estar colocada sobre as mulheres essa responsabilidade que os homens ficam desobrigados, como grupo social, dessas tarefas, tornando-se, assim, "mais baratos" e tendo mais tempo livre para o trabalho, o lazer, a organização política... A dupla jornada sobre as mulheres é, portanto, central para a exploração do trabalho no capitalismo (CARTA ABERTA DAS MULHERES, 2007).

Foi comum, também, os homens entrevistados, falarem que exercem, principalmente nos finais de semana, o seu ofício de pedreiro dentro da própria casa:

O cara que trabalha na construção, ele trabalha direto, ele não tem folga, não, tem sempre uma coisa para fazer em casa. Quase todo mundo que trabalha aqui, trabalha o final de semana em casa. Mesmo que não seja todo final de semana. E [porque], às vezes, tem um limite que você está em casa, querendo fazer alguma coisa, mas o corpo não obedece. A sua mente está sempre trabalhando o tempo inteiro (A12).

Tem mais de anos que estou construindo [minha casa]. Vocês repararam que a gente nunca termina de fazer o serviço da gente? Nunca termina (A2).

Eu tô com oito finais de semana que eu não sei o que é encostar em um cantinho e falar, 'Agora eu vou descansar uma hora e meia aqui' (A4).

Apesar de terem relatado de forma semelhante que o trabalho interfere diretamente no tempo de estudo e lazer, sobretudo com a família, parecem lidar com essa situação de forma diferenciada das mulheres.

Os trabalhadores reconhecem a importância de dar mais atenção aos filhos, entendido por eles como sair para passear e brincar, mas é a necessidade de trabalhar para poder garantir possibilidades melhores de vida aos filhos que fala mais alto. É como se fosse natural, se não tivessem escolha, tendo que ser assim. Alguns, quando têm um tempo livre, se dividem entre a Igreja, o lazer e a família:

Na verdade, é complicado descobrir um tempo para a família. Desde que eu vim morar em Vitória, acredito eu que tem menos de 30 anos que eu moro aqui, só este ano, Deus me deu a oportunidade de eu sair de férias. A primeira vez na minha vida, com a minha família, que eu curti um pouquinho das férias com os meus filhos e descansei um pouquinho também. Na verdade, tem dia que eu falo muito pouco com os meus filhos, não dá tempo de eu falar com eles. Sair com eles, muitos menos. O domingo que folga para mim o companheiro me cobra de eu ir a Igreja, mas eu gosto do meu horário de diversão também. Eu gosto de ir para a minha pescaria também. Aí que chego em casa exausto, tomo um banho, apago e acabou. É esperar

segunda-feira para começar tudo de novo. Eu acredito que preciso valorizar mais, mas, na verdade, você não tem este tempo. Igual meu filho: 'Pai, vamos na Pedra da Cebola?'. Ultimamente eu não tenho conseguido, mas um dia eu vou. Eu tô falando a realidade da gente. Na verdade, a gente quer dar o melhor para os filhos da gente. Eu comecei a trabalhar muito novo, não tive oportunidade de estudar, 4º série muito mal. A oportunidade que eu não tive no passado, hoje eu quero dar para os meus filhos, pois eu sei que faz falta. O mercado hoje é um mercado competitivo. A gente tem que tentar melhorar a situação da família da gente, dos filhos. O que você ganha é para instruir os filhos (A1).

Eu sou cobrado. Eu tenho uma filha de dez anos que me cobra direto: 'Pai, dá um tempo, descansa um bocadinho, vamos passear...' [pensativo]. 'Domingo nós vamos'. E não acontece. Pois é, pois é... a situação tem hora que pesa. Eu conversei com minha esposa, vou diminuir um bocadinho e dar atenção para esta menina. O rapaz, não, porque já está grande, mas criança gosta de passear. Mas eu tenho que trabalhar também e aí não tem jeito... é necessidade (A2).

Eu tenho mais ou menos uns seis anos que não sei o que é viajar, é entrar em um ônibus e viajar. É sempre aquela rotina, trabalhar de segunda a sexta, sábado fazer alguma coisa dentro de casa, sair com meu filho mesmo, eu tenho saído muito pouco. Acho que eu fui no *shopping* com ele uma única vez, vai fazer cinco anos. É uma rotina dupla, eu tenho uma outra filha de dois anos, final de semana é só tomando conta de menino, tomando conta de criança. Durante a semana trabalhando e final de semana tomando conta de menino (A12).

Parece até uma vergonha eu contar para vocês, mas eu nunca saí aqui com minha esposa e meus filhos. Falar assim, nós vamos na praia, nós vamos na Pedra da Cebola, nós vamos no *shopping*, ou vamos passear hoje. Nunca. Exatamente por causa do tempo. Nosso tempo que nós tira é uma horinha para uma celebraçãozinha na Igreja de manhã. Dali um trabalho em casa e vai passando o tempo. Um dia desses a gente estava conversando lá em casa, e puxa vida, eu falando com minha esposa: 'Você sabe que a gente não pára pra nada. A gente precisa parar um pouquinho para descansar, se divertir'. Mas é uma rotina, a gente se acostumou com aquela rotina ali e vai (A4).

Araújo e Sacalon (2006), em pesquisa visando a estudar, além de outros aspectos, o "cuidado" e as atividades de homens e mulheres com as crianças, encontraram que a divisão do trabalho doméstico entre casais, tendo em vista o cuidado dos filhos, sugere poucas mudanças nos padrões tradicionais, sendo ainda hoje considerada responsabilidade feminina. A única exceção é em relação à atividade de brincar com as crianças, em que a participação masculina aumentou um pouco.

Para essas mulheres, a falta de tempo para se dedicar aos filhos é um fator de muita angústia e estresse. Sentem remorso por deixar os filhos em casa e sair para trabalhar. Algumas reagem a isso com sentimento de culpa, outras com agressividade, outras procuram contornar a situação e tirar folga quando podem para poder ficar com eles.

Para mim, o trabalho interfere em quase tudo. Tem vezes que eu chego tão cansada que fico estressada com a minha filha, de tanto trabalhar. Porque eu venho do trabalho, neste sol quente, de bicicleta, pois mal, mal tenho dinheiro para passagem, e isto me estressa muito. Eu não bato nela, mas me estresso. Eu respondo ela com ignorância, mas depois eu me arrependo. Eu respondo ela com ignorância, isto me estressa muito. Deus me livre! (R7).

Eu quase não tenho lazer com os meus filhos, só por causa do meu horário, só as vezes que eu falto e tiro uma folga para ficar com eles (R5).

Lá em casa eu só posso me estressar sábado e domingo, porque eu trabalho de segunda a sexta, depois estudo até às 23h. Então chega sábado e domingo eu descanso e aí eu brigo com todo mundo (R13).

O pouco que eu tenho às vezes é dia de domingo, que eu tenho duas netinhas que aí eu me dedico a elas. Quando eu não tenho trabalho à noite (E2).

Conforme o estudo de Sales e Santana, citadas Iriart et al. (2008), é comum as trabalhadoras domésticas apresentarem sintomas de depressão e ansiedade, como “tristeza e desânimo”, “dificuldade de concentração”, “palpitações” e “agressividade”.

Por fim, o tempo dedicado ao trabalho, interferindo nas atividades de lazer, foi um aspecto comum entre homens e mulheres. Porém três trabalhadores disseram que dão sempre um jeito de se divertir, que não abrem mão do lazer em nome do trabalho, e para dois deles o lazer foi associado à bebida:

Até que a gente acha um tempinho, vai no barzinho tomar umzinho... para relaxar um pouquinho (A8).

[...] Como eu trabalho de 7 às 5h, saio do serviço e vou para o boteco [...] (V1).

A gente vai também [mais risos]. [...] às vezes eu emendo direto, sábado, domingo. Falo ‘Vamos poca fora pessoal!’. Vamos para casa de tio, da mãe dela, então vamos para lá e a gente esquece um pouco de mão. O que ficou fica para outro dia, a gente vai morrer e ficar tudo aí (A11).

Entre as trabalhadoras, apenas uma afirmou que não abre mão do lazer, mesmo que, para isso, vá trabalhar cedo depois de uma noite sem dormir, bebendo e dançando. Essa fala se diferenciou muito das demais, pelo grau de liberdade demonstrado por essa mulher, que se permite sair à noite com os filhos mais velhos e deixar o pequeno para o marido tomar conta.

Eu trabalhei em Goiabeiras um ano. Uma firma de Curitiba, com 80 peão. De domingo a domingo. Chegava em casa sábado à noite 11h da noite. Ia para o Singo's dançar Chegava do Singo's, entrava no chuveiro, meia bêbada, botava uma roupa e firma... Chegava lá e o engenheiro falava assim: ‘Cê tá chegando da onde?’. ‘Vim fazer o almoço’. ‘Ixi, a senhora não

tá boa, não, dançou a noite toda'. 'Dancei, sim, mas você pode ficar tranqüilo, fazia o almoço para os 80 peão, eles entravam no quarto, eu pegava as roupas deles todinhas e levava para casa. Lavava no domingo tudinho e segunda-feira eu entregava tudo passada, fiz isto um ano. [falando com orgulho]. E agüentava mais um ano. Agora, no carnaval, eu trabalhei os quatro dias e pulei os quatro dias em Nova Almeida. Num pique só. Meu marido falou: 'Quando você caí, você morre'. Eu disse: 'Eu morro, sim, mas feliz e satisfeita.' Os filhos vão tudo junto. Eu não posso sair sozinha. Meus filhos, uma de 17 o outro de 18, falam assim: 'A senhora está muito nova, vamos com nós, você tem que se divertir.' Eu falo para o meu marido assim: 'Fica aí e toma conta do pequeno' (V6).

3.3 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A NECESSIDADE DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA

Os trabalhadores estudados possuem uma visão pluralista e holística do processo saúde-doença, articulada com as condições materiais de existência. A doença refere-se a desequilíbrios que afetam de uma só vez espírito, alma, corpo e matéria.

Trazem a concepção de saúde-doença como fruto da produção-reprodução social, pelo modo e pelas condições de vida de cada indivíduo na conformação de suas relações da vida em sociedade, ao relatarem que ter saúde é ter boas condições de vida e a tranqüilidade que dela decorre. Isso quer dizer: ter boa alimentação, educação, lazer, segurança e ter recursos financeiros para pagar suas contas:

Para a pessoa ter saúde, ele tem que se alimentar bem, ter um horário determinado para dormir. E também a parte financeira, pois, se o cara não tiver condições de pagar as suas contas, ele não fica bem, não. Tem que ter estas coisas no mínimo para ter saúde (A12).

É ter saúde e educação em primeiro plano, mas fica em último plano. Dormir cedo, acordar cedo. Qualidade de vida (V5).

É ter dinheiro para não ter preocupação, pois, sem dinheiro, a preocupação só vai acumulando dentro da cabeça. Pois tem água, tem luz e a mulher encostando no canto da parede. Se você não tiver dinheiro, você fica ruim (A15).

Para mim é ter segurança, senão a gente fica com uma coisa na cabeça. Não pode nem sair, pensando: "Eu vou ficar com meu filho, senão pode acontecer alguma coisa" (R).

Direito a ter atendimento [à saúde] e uma vida digna (V4).

É ter tranqüilidade na vida. É estar bem com você mesmo. Tipo assim, você acorda, está faltando um kilo de feijão, você sai preocupado por estar faltando aquele feijão na sua casa (A14).

Essa concepção vai de encontro àquela proposta por Dejours (1996, p.11) que, ao falar sobre saúde, afirma:

A saúde é a liberdade de dar ao corpo de comer quando tem fome, de fazê-lo dormir, quando tem sono, de dar-lhe açúcar quando a glicemia baixa. É, portanto a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado ou com sono, não é anormal, talvez ter uma gripe, e aí isto vai longe. Pode ser que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença [...].

Para a quase totalidade dos homens desses grupos, a saúde está associada à possibilidade de executar suas tarefas cotidianas, sobretudo ter força para trabalhar e, dessa forma, cumprir o seu papel de provedor, aquilo que a sociedade e eles próprios esperam. Para ter condições para sobreviver, é preciso trabalhar. Para trabalhar, é preciso ter saúde, o que, em última instância, quem dá é Deus. Uma vez que Deus lhes dá a força do corpo, cabe a cada um buscar a disposição dentro de si mesmo para o trabalho. Acordar cedo reforça a idéia do homem trabalhador, que, com o nascer do sol, com o primeiro suspiro do dia, já se mobiliza para o trabalho:

Para mim é eu acordar de manhã, ir para o meu trabalho, cuidar bem do meu serviço e me deitar sem nenhum problema. Desde o momento que eu estou trabalhando sacrificado, eu sinto que estou sem saúde (A1).

Para mim é acordar disposto sem ter problema e, quando tiver problema, que seja mínimo, que dê para as pessoas se agüentarem no trabalho (A4).

Para mim é estar agüentando trabalhar, estar sempre disposto. Se eu tiver sentindo qualquer coisa, eu não me conformo de jeito nenhum. Eu fico nervoso, eu queria fazer isto e não consigo. Para mim fica tudo ruim. DEUS que me livre, mas é difícil acontecer isto comigo. Tomo logo um banho frio e fico bem disposto (A5).

É acordar de manhã cedo para trabalhar, alegre e sorridente (A11).

Acordar cedo para trabalhar e conseguir ajudar meus pais (A13).

Tem o lado psicológico também, a pessoa parada pode entrar em depressão. Seu organismo já não é mais o mesmo, fica debilitado, a partir da sua cabeça (V4).

Você fica parado, dá depressão (V3).

Eu peço a DEUS para me manter firme e forte para trabalhar, pois, se eu não tiver força, não tenho ninguém para me sustentar. É eu acordar cedo e ter oportunidade de manter a minha família (A7).

É algo indispensável, que nos dá força para trabalhar, acordar cedo e batalhar. Quem me dá a saúde é DEUS. A minha fé (A8).

É ter força para trabalhar e saber que está tudo bem com a minha família. É ter tranqüilidade. Eu peço muito isto a DEUS (A9).

Você viu o problema de A1 mesmo. Foi muito psicológico, mesmo. Ele não foi consultado, não foi medicado e ele curou o problema dele. Mas, se ele não trabalhasse a cabeça, se ele se achasse doente, ele não iria ficar bom, mas, como ele teve força de vontade também, a voz de DEUS escutou ele. Hoje ele ainda sente uma coisinha, mas a dor que ele sentia na perna ele ficou bom (A6).

Segundo Minayo (2007), do ponto de vista da classe trabalhadora, duas noções principais estão subjacentes ao tema da doença; a fé em Deus, na cura e a relação do adoecimento com a incapacidade de trabalhar.

Se, para esses trabalhadores, saúde é ter e garantir que a família tenha boas condições de vida e é o trabalho que propicia tais condições, pode-se concluir que ter saúde é poder trabalhar. A representação que se constrói a partir daí tem expressões como “a saúde é tudo”: “É tudo na vida do ser humano. A partir do momento que a pessoa adoecer não tem como fazer alguma coisa” (A10).

As pessoas ligadas à fé cristã colocam em Deus a causa primeira do aparecimento e da cura das doenças, embora vinculem em seu discurso causas socioeconômicas, emocionais e naturais ao aparecimento das enfermidades. A característica fundamental da visão religiosa da saúde-doença (ou melhor, da vida) é a relação intrínseca entre a fé e a graça. Essa visão está referenciada nas dificuldades do cotidiano e visa à prática, ao resultado concreto: ela traz para perto o milagre e o toma parte do cotidiano, como solução, às vezes única, para as agruras do dia-a-dia. (MINAYO, 1988):

Foi só Deus. Foi a minha fé que eu tenho em Deus. A minha fé curou (A1).

[referindo-se a não adoecer] Comigo, graças a Deus, não acontece nada (A6).

Eu peço a DEUS para me manter firme e forte para trabalhar (A7).

Quem me dá a saúde é DEUS. A minha fé (A8).

Como os operários da construção civil tiram seus meios materiais de existência da sua atividade física e de sua venda, necessitam usar intensamente seus corpos e tirar o máximo de proveito deles. O corpo precisa ser útil. O corpo é associado a uma máquina que precisa estar sempre em funcionamento para não enferrujar e o trabalho possibilita isso, na medida em que mantém o corpo sempre em movimento. Por outro lado, o desemprego é associado ao fato de ficar em casa o dia inteiro

comendo e engordando. Se o corpo saudável é um corpo ágil, por oposição, um corpo doente é um corpo emperrado, pesado.

Você, quando está trabalhando, está exercitando seu corpo. É uma maneira de você manter a saúde também. Você fica parado, você fica doente. Você acostuma seu corpo para trabalhar, está sempre trabalhando, na ativa, porque é um exercício também (V4).

Coluna, se você ficar parado é pior do que você ficar movimentando. Se você ficar sem movimentar. A minha é assim. Se eu ficar três dias parados, sem fazer nada, eu não agüento. Eu tenho que acordar e levantar (A3).

Senão o corpo começa a enferrujar (A11)...

[em casa, desempregado] Fica só comendo, comendo e vai engordando (V5).

Alguns relatos revelam que o que prejudica a saúde é a preocupação, a falta de estabilidade no emprego que impede de planejar a vida no futuro, o “corre-corre do dia-a-dia” que prejudica a mente e o corpo. O “nervoso da vida”, devido aos problemas cotidianos, é citado como elemento provocador de ansiedade e adoecimento.

Minayo (2007), citando uma pesquisa do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), de 1974, demonstra que as classes populares, quando entrevistadas sobre os perfis de morbimortalidades, classificam, em primeiro lugar, as “doenças dos nervos” ou “doenças do espírito”. Essas doenças são explicadas por eles como um conjunto de ansiedades e insatisfações que vivenciam por causa das “dificuldades da vida”, representadas, entre outras, por sobretrabalho, restrições causadas por salários baixos, alimentação insuficiente.

Por conseqüência, conforme um entrevistado, para que não adoçam e tenham saúde, precisam ter uma harmonia com tudo que foi aqui dito anteriormente, pois o estado de saúde é um estado dinâmico:

A princípio, eu acho que saúde é estar de bem com a vida. Se você ficar nervoso por um problema qualquer, tudo acaba para ele, seja um problema na família, um filho ou uma esposa doente e você não consegue resolver. Isto tudo prejudica a saúde, sobretudo os nervos. Você não consegue ir trabalhar tranqüilo deixando um casa um filho doente. A saúde, além de estarmos bem fisicamente e precisamos estar bem psicologicamente. Principalmente psicologicamente. A matéria da gente depende muito da cabeça. Se a gente não estiver bem psicologicamente, estamos sofrendo, mesmo sem estarmos com um problema no físico. Principalmente o trabalhador que está acostumado a sair cedo de casa e só chegar à noite.

Se deixar um problema em casa, às vezes faltou um gás, ele não tem dinheiro para comprar este gás, ele tá nervoso no serviço (A6).

A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Dejours (1986), ao criticar essa definição, afirma que saúde é, antes de tudo, um fim, um objetivo a ser atingido. Não se trata de um estado de bem-estar, mas de um estado do qual procuramos nos aproximar, pois o estado de bem-estar social, físico e psíquico não é um estado estático, que, uma vez atingido, possa ser sempre mantido.

A seção européia da Organização Mundial da Saúde propôs que a saúde fosse definida como a capacidade de um indivíduo ou grupo ser capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente (STARFIELD, 2002).

Quando estimulados a falar sobre os elementos presentes no bairro que podem prejudicar a saúde, os trabalhadores entrevistados apontam inicialmente a falta de infra-estrutura de saneamento básico, como esgoto e lixo jogado a céu aberto e pragas urbanas (ratos, baratas e mosquitos).

A necessidade de políticas públicas, que garantam as boas condições de vida, ficou evidenciada, principalmente, nos depoimentos das trabalhadoras domésticas. Sendo assim, os problemas da ausência de creche para todas as crianças do bairro, da falta de critério na distribuição das vagas dessa creche e da falta de atividades extra-escolares, para os filhos maiores, apareceram constantemente nos depoimentos delas, como fonte de angústia. Para que tenham tranquilidade, é fundamental saber que os filhos estão protegidos e cuidados durante sua ausência. Como é conflitante a necessidade de trabalhar e de cuidar dos filhos, precisam que o Estado, pelo menos, ofereça vagas nas creches para as mães que trabalham fora:

Saúde é ter tranquilidade. É ter um postinho bom, um colégio bom para colocar as crianças para você ficar tranquila. Aí você não adoce não (R2).

Antes só colocava as crianças na creche se tivesse comprovante de que tivesse trabalhando, hoje em dia não, é por sorteio, então quem precisa fica fora (R7).

Quando eu fui lá para ver se conseguia vaga para o meu filho foi assim que me disseram. Me perguntaram se eu estava trabalhando, aí eu disse que estava, então elas me disseram que eu tinha condição de pagar uma creche

particular. A conversa delas foi esta comigo. Depois uma colega minha foi lá para ver se conseguia creche, pois já tava tudo arrumado para ela voltar a trabalhar. Aí perguntaram se ela tava trabalhando, quando ela disse que não, disseram que, então, ela não precisava, pois podia ficar em casa e cuidar dos seus filhos (R2).

Aquelas que vão toda feiosa, descabelada, elas acham que não tem condição. Aquelas que tomam um banho antes, está limpinha, elas acham que não precisa, não. Vão pela cara, e não se é uma pessoa de emprego. Mais pelo relaxo (R6).

Um projeto para as crianças ter outra atividade quando saírem da escola, não tem. Tipo o Caíque lá em Vitória. Não tem um projeto que as crianças saem da escola e fazem atividades físicas. Aqui no bairro não tem nada disto (R8).

Seria bom ter uma casa para acolher a infância e a juventude, porque, por exemplo, a mãe que precisa deixar os filhos. Não precisa ser integral, que seja meio expediente. Ter uma atividade fixa lá, ter uma vez na semana acompanhamento de médicos, eu acho que seria muito importante, principalmente para as mães. Eu tenho o meu de 14 anos, eu acho que seria ótimo, pois a hora que não está na escola, está lá, seria uma preocupação a menos, se está lá, está fazendo alguma coisa de bom (R13).

A flexibilidade proposta e implantada no mundo do trabalho não veio acompanhada de uma flexibilidade nos programas de proteção social. Os governos nacionais buscam ajustar suas economias aos desafios criados pelo mercado global, restringindo e cortando empregos, salários e serviços estatais gratuitos básicos. Nesse processo, a comunidade e as famílias passam a assumir responsabilidades por serviços que o Estado deixa de oferecer. As garantias de níveis mínimos de emprego e salário dos trabalhadores, a saúde e a educação gratuitas como direitos universais estão ameaçados pelos novos modelos econômicos e políticos (GOLDANI, 2002).

Historicamente, o Estado tem repassado suas responsabilidades para as mulheres e, nesse sentido, favorecido a exploração do seu trabalho. Faz isso, também, quando cria políticas que não oferecem condições dignas de trabalho ou reproduzem a divisão sexual do trabalho, desvalorizando o trabalho das mulheres e dificultando sua autonomia. O desvalor e a desproteção conferida ao trabalho das mulheres têm sido fundamentais para a acumulação de capital e têm servido ao Estado, especialmente no neoliberalismo, que se sustenta pela transferência de serviços antes prestados pelo serviços públicos para as mulheres, sobrecarregando sua jornada de trabalho reprodutivo e mantendo seu lugar subordinado e a divisão sexual do trabalho na esfera doméstica. A invisibilidade e o desvalor do trabalho das mulheres, especialmente todo o trabalho nos cuidados com a família, interessa às

políticas neoliberais, que se fazem transferindo para as mulheres o trabalho que deveria ser feito ou amparado pelo Estado, como é o caso das creches, escolas em tempo integral, lavanderias públicas, etc. (FÓRUM ITINERANTE E PARALELO SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2008).

Diante dessa ausência estatal, as redes sociais se tornam cada vez mais importantes. Algumas trabalhadoras, durante a sua ausência para trabalhar fora, contam com a ajuda da vizinha para cuidar dos filhos. Porém, como isso nem sempre é possível, é comum situações como a relatada por uma moradora, que, para ir trabalhar, tem que deixar em casa os filhos menores de idade sozinhos. A mais velha geralmente fica com a incumbência de cuidar da menor.

Os meus, quando eu saio para trabalhar têm que ficar sozinhos. A minha tem doze [anos] e o meu tem oito [anos]. Eu peço para a minha vizinha ir lá dar comida, pois meu medo é do gás, já pensou eu chegar em casa e... (R2).

É criança tomando conta de criança (R3).

Esses depoimentos confirmam a importância de grupos que ultrapassam os limites do domicílio (redes sociais de parentes, amigos, vizinhos), como parte fundamental das estratégias para enfrentar as dificuldades e escassez de recursos materiais entre as famílias pobres (LOPES; GOTSHALK, 1990; GONZÁLES DE LA ROCHA, 1998; GARCIA; OLIVEIRA, 1994 apud GOLDANI, 2002).

É compreensível que essa crítica, em relação à ausência do Estado em garantir direitos sociais mínimos, como saúde e educação, tenha surgido no grupo das mulheres, pois cabe a elas sincronizar a vida laboral com a vida doméstica.

Um dos aspectos mais evidentes, quando se analisam as relações entre família e espaço público, é o de que “o doméstico” permanece como o principal elemento de mediação da vida das mulheres, mesmo que isso ocorra de forma involuntária. Por essa razão, os aspectos “internos” à família – cuidado ou atividades de reprodução da vida doméstica – assim como aspectos envolvendo as mulheres no mercado de trabalho necessitam ser observados, também, sob o prisma da interação entre a esfera doméstica/familiar e a esfera pública, problematizando-a em relação às articulações com o mercado e com o Estado, a exemplo de vários autores (ARAÚJO; SCALON, 2006).

3.4 RISCOS PERCEBIDOS E MORBIDADES REFERIDAS

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-doença. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença. Na atualidade, o crescimento das relações informais e precárias de trabalho exige a criação ou identificação de novas modalidades de representação dos trabalhadores, para além das organizações sindicais tradicionais (SILVEIRA; RIBEIRO; LINO, apud DIAS, 2007).

Os trabalhadores da construção civil e as trabalhadoras domésticas citam diversos riscos de adoecer e morbidades relacionadas com sua ocupação no mercado de trabalho.

Entre as trabalhadoras domésticas, os principais fatores de risco de adoecimento no trabalho apontados foram: o relacionamento patrão-empregada, os produtos químicos (principalmente o cloro) e a altura quando necessitam limpar janelas:

O cloro, eu fui falar que meus dedos estavam inchando, fui chamada de mentirosa e já fiquei estressada. Fiquei com tudo vermelho (R8).

É porque é assim. Tem patroas boas, mas tem patroas abusadas (V6).

É de acidente, o maior risco é este, quando não tem grade na janela. Subir uma escada e limpar a janela (V6).

As principais morbidades associadas ao trabalho foram: estresse, alergias, dermatites, problemas respiratórios, rouquidão, dor de cabeça, falta de ar e lombalgia. Apesar do sofrimento, relatam a necessidade de continuar trabalhando, mesmo doentes e o dinheiro, muitas vezes é usado para comprar remédios.

O estresse. Problemas respiratórios por causa dos químicos. Para eu sobreviver, eu tenho que encarar este problema assim mesmo. Com dor de cabeça, ou com falta de ar, ou com alguma coisa eu tenho que encarar. Eu preciso sobreviver e criar os meus filhos. Tenho que encarar a realidade. Aí o dinheiro que eles pagam à gente, não recompensa o remédio que a gente tem que comprar depois (R3).

Alergia, eu não consigo mexer em sabão em pó e cloro (R9).

Semana passada, eu fui lavar um banheiro e tive que jogar cloro. Quando cheguei em casa, tive que comprar remédio de tanto que tinha irritado a garganta e o nariz (R7).

Eu trabalho doente, porque, se eu faltar, eu não vou ter dinheiro. Tem vez que você trabalha tonta, tem dor de cabeça no serviço, dor de coluna. Dor

de coluna é o pior, é o que mata, o meu problema maior é este. Tem dia que eu não tô agüentando. Tomo um remedinho e vou embora. A coluna estraga. Você vai pegar no serviço... Você não pode levar atestado. Isso não existe levar atestado para um dia de faxina. Então, se eu não for, eu não recebo. Tenho que trabalhar doente, então. Diarista é bom, porque você recebe mais dinheiro, mas se você faltar... é difícil achar uma pessoa que aceita isto. Eu até hoje não achei (R12).

O ano passado, eu tive dor nos rins. Mas era uma dor mesmo. Não tinha remédio que eu tomasse que passava, não. Mas eu fui trabalhar, porque eu precisava trabalhar. Mas se chego e falo que estou com dor nos rins, não adianta nada, pois eles não ligam muito (R8).

Esses dados coincidem com os encontrados por Iriart et al. (2008), quando as trabalhadoras entrevistadas mencionaram problemas de coluna e dores lombares (devido ao constante movimento de flexão e levantamento de peso), bursite, dores nas pernas, inchaço no joelho e alergias a produtos de limpeza como problemas de doença associados ao trabalho doméstico.

Além disso, há o medo do desemprego e o desânimo de se sair dali, ter que enfrentar os mesmos problemas em outro serviço. Dessa forma, elas se sujeitam diante da necessidade de sobrevivência delas e dos filhos:

A gente é assim, saiu já sabe que tem outra na porta esperando para entrar, porque o desemprego está terrível aí fora [...]. A gente vai sair dali e ter que encarar um outro na semana seguinte, porque tem as contas para pagar (R6).

Por outro lado, a expressão de trabalhadoras mais maduras nos faz pensar que há outras possibilidades de agir de acordo com o contexto no qual estão inseridas. Mesmo estimuladas pelos trabalhadores e pela moderadora a reconhecerem alguns possíveis riscos presentes no ambiente de trabalho doméstico (peso, acidentes, produtos químicos), culpam as próprias trabalhadoras por se exporem a tais riscos, já que poderiam se negar a fazer o que mandam. As que aceitam se expor são inexperientes ou bobas. Consideram que pessoas experientes como elas não sofrem acidentes, nem adoecem pelo trabalho, pois já conhecem os riscos na execução de sua ocupação e caberia a elas não se expor a tais riscos. Talvez o fato de já terem criado os filhos dê a essas mulheres mais autonomia na organização do trabalho, fazendo com que não se sujeitem às imposições que consideram injustas e inapropriadas: elas se recusam a pegar pesos, usam luvas para mexer com produtos químicos e não se penduram em janelas:

Quando a pessoa já está acostumada como ela ali, eu, ela ali também. A gente já tira de letra. E nada de se pendurar na janela. Eu sou mesmo abusada. Limpeza na janela eu digo, to fora. Peso, isto é coisa de homem (V2).

A autoconfiança criada pode ser firmada pela experiência prática acumulada durante o tempo de serviço, permitindo a criação de novos procedimentos de trabalho, a adaptação ou até mesmo a promoção de soluções capazes de melhorar a segurança e o conforto no trabalho.

Uma participante reproduziu um diálogo vivido por ela e sua patroa, para exemplificar que ser submissa é uma qualidade mais valorizada no serviço de doméstica do que ser trabalhadora. Para facilitar o entendimento desse diálogo, ele foi transcrito identificando a doméstica como D, a patroa como P e a irmã da doméstica, que também trabalhava para aquela patroa, como I.

Lá no décimo quinto andar, você olhava para baixo tudo pequenininho: 'Ah porque tem que limpar a janela, porque não sei o quê'.

D – Se eu me pendurar como você quer, eu caio e quem vai cuidar da minha filha?

P – Morreu, enterra.

Eu peguei ela por aqui [mostra a camisa]. Dei umas sacudidas nela. Ela se dirigiu para a minha irmã que também trabalhava para ela e disse:

P– Guria, pelo amor de Deus, você pode ficar, mas sua irmã é trabalhadeira, mas eu não quero... Você pode ficar, mas sua irmã, não. Ela quis me bater.

Mas não contou pra minha irmã o porquê.

I – Você tinha que fazer.

D – Você é que é boba, eu não sou não.

A minha irmã trabalhou lá 22 anos

Esse relato nos faz refletir como a submissão é uma característica valorizada nessa ocupação, talvez por ser considerada, por alguns autores, uma reminiscência do período escravagista e colonial, um resquício dos tempos de escravidão (IRIART et al., 2008). Essa atividade apresenta como característica marcantes o isolamento social, a unidade entre o local de trabalho e o de moradia, além da baixa regulamentação social ou estatal, que favorece uma superexploração por parte dos empregadores (MILKMAN, 1998; MELO, 1998; KOFES, 2001, apud IRIART et al., 2008)

Entre os trabalhadores da construção civil, os principais riscos encontrados no trabalho foram: ruído, cargas pesadas, posições inadequadas de serviço e os riscos químicos.

Eu acho que o que mais prejudica na construção é a poluição de resíduos e a poluição sonora (A12).

É sempre essa coceira e às vezes temos que estar tirando alguma coisa que cai nas vistas. E às vezes as sujeiras que caem no rosto, a gente tem que sempre tá lavando o rosto (A12).

É serviço bruto mesmo, não tem como [...] (V3).

[...] Chego lá pego peso, pego um saco de cimento, pego uma outra coisa [...] (A3).

A gente trabalha com muita química na construção civil e é um fator de risco para pele, para olho, para o corpo, para tudo na vida desta pessoa (A10).

Os riscos relatados coincidem, em grande parte, com aqueles encontrados no estudo de Iriart et al. (2008), em que os trabalhadores da construção civil identificaram como riscos presentes no ambiente de trabalho: ser atingido por objetos, carregar peso, manter contato com substâncias tóxicas e objetos perfurocortantes, além do risco de queda.

Em relação ao risco químico, os trabalhadores da presente pesquisa relataram que o que mais preocupa é o caráter insidioso e invisível desse risco. Tanto os trabalhadores autônomos, como os que trabalham em grandes empresas, não sabem exatamente com o que estão lidando e o que aquilo pode acarretar no futuro. Sentem que é como um veneno que está ali, que ninguém enxerga mas que pode ir matando as pessoas aos poucos:

Dentro da área da XLP²¹ [...] ainda existe o problema do gás CO, gás benzeno, diversos tipos de gás, me parece que são umas oito ou seis qualidades de gás. Ainda o que prejudica a gente ali dentro é o ruído como ele falou [...] (A4).

[fala de um trabalhador autônomo] Tem uma coisa muito importante também que é a química do material que a gente trabalha. Porque [se], lá na XLP, mesmo com toda segurança, isto acontece [imagina com a gente]. A gente trabalha com tinner, diversos tipos de cola, tintas, cimentos, todos esses materiais têm química e química brava. Todos estes, se você olhar as recomendações, está pedindo para não ingerir, passar na pele, procurar um médico. Eu acho que é tipo um veneno que vai acabando pouco a pouco com você e você não percebe, entendeu? Porque são coisas que estão ali e ninguém percebe [...] (A10).

²¹ XLP é a sigla fictícia de uma siderúrgica de renome internacional, localizada na região metropolitana da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo, especializada na produção de aço.

Um participante relatou ser comum os trabalhadores da construção civil terem que aprender na prática, sem treinamento e sem informações anteriores, sobre as funções que vão desempenhar e os riscos com os quais vão ter que lidar. Isso demonstra que, diante do descuido com a segurança no trabalho, é a experiência de um saber de ofício adquirido durante a prática do trabalho que mais protege a saúde daquele operário. Dessa forma, é a condição de assalariamento e de subordinação a outros níveis hierárquicos que diminui a autonomia em frente aos riscos, que, por sua vez, se torna também um risco, à medida que têm que se sujeitar a trabalhar em condições prejudiciais à saúde. O tom dado pelos operários de empresas é diferenciado daquele dispensado pelos pedreiros autônomos, eles reconhecem os riscos, mas são obrigados a fazer para não perder o emprego:

Na construção civil é assim, você não tem profissão. O desvio de função é uma coisa que pode. Uma coisa é o que está na CLT. Você entra para trabalhar de pedreiro, você têm que fazer serviço de lavrador, carpinteiro, auxiliar, se bestar eles botam você para ler projetos, serviço de encarregado. Quer dizer, tudo que você faz, prejudica a sua saúde. Não tem como (V3).

Segundo Dejours (1986), tudo o que concerne ao trabalho – às condições de trabalho e a organização do trabalho – deveria ser controlado pelos próprios trabalhadores.

Ao discorrer sobre aspectos de organização do trabalho e segurança e saúde na indústria da construção civil, Medeiros e Rodrigues (2001) afirmam que as condições reais dos canteiros de obra já se configuram como riscos. Esses riscos são agravados pelas variações nos métodos de trabalho realizados pelos operários, em função de situações não previstas, mas que, na realidade, são bastante constantes. Não existem procedimentos de execução formalizados na maioria das empresas, existindo, no máximo, instruções verbais. Muitas vezes, são os próprios trabalhadores que fazem a regulação desses procedimentos, por ações informais ou não usuais. Esse saber pragmático é incompleto e pouco tranquilizador, pois é colocado em xeque por uma troca de posto de trabalho ou pela instalação de um novo equipamento.

Sobre a inteligência prática dos trabalhadores, Dejours (1993) afirma que sua primeira característica é estar fundamentalmente enraizada no corpo. Qualquer evento que rompa a rotina ou ocasione desagrado – podendo ser um ruído, uma

vibração, um cheiro, um sinal visual – pode solicitar o sujeito, mas primeiro, o seu corpo, os seus sentidos. Isso ocorre desde que exista previamente uma experiência vivida pelo corpo inteiro da situação comum de trabalho. É esta inteligência, chamada pelo autor de inteligência astuciosa, que proporciona muitos ajustes necessários à organização do trabalho e à prevenção de acidentes.

De maneira geral, tanto as trabalhadoras domésticas como os trabalhadores da construção civil tenderam a minimizar o risco de se acidentarem durante a execução de tarefas laborais. Talvez não admitir que haja freqüentemente acidentes seja um mecanismo de defesa diante do sofrimento psíquico relacionado com as condições de trabalho em que não podem interferir. Quando o acidente foi citado, foi associado à falta de experiência da pessoa em lidar com os riscos. Percebe-se que, ao invés de haver um esclarecimento das causas do acidente, na tentativa de detectar sua causa e evitar a ocorrência de outros acidentes futuros, há uma tendência de ocultamento do caso:

Tem risco de acidentes. Cortar mármore, um disco cego, por exemplo, se ele agarrar na pedra ali, e o camarada não tem o hábito. Ele na verdade não sabe utilizar o manguito. Aquilo está arriscado voltar na mão dele e cortar a mão dele. Um exemplo do que acontece na área da XLP, o rapaz estava cortando com uma circular, eu não tenho certeza, mas todo mundo desconfiou que aquele disco estivesse trincado. Ele meteu o disco na madeira, na hora que ele encostou lá, o disco terminou de trincar, voou uma lasca e atingiu o outro [trabalhador] no pescoço. Eu não sei o que realmente aconteceu, porque, nestas áreas industriais, é tudo por debaixo dos panos. Você pode reparar que nunca morre ninguém lá dentro, não morre. Nós que estamos lá dentro sabemos, mas não morre ninguém lá dentro (V3).

O ramo da construção civil, segundo Iriart et al. (2008), abriga uma realidade dura, no que diz respeito às condições de trabalho: é considerado um dos mais perigosos em todo o mundo, inclusive no Brasil, liderando as taxas de acidentes de trabalho fatais, não fatais e anos de vida perdidos. A incidência de acidentes ocupacionais não fatais, também é alta na ocupação de trabalhadoras domésticas, estimada em 7,3%, para a região metropolitana de Salvador-BA (SANTANA et al., apud IRIART et al., 2008).

Quanto aos acidentes de trabalho na construção civil, Athayde (1996) reforça a idéia anterior sobre a percepção e reação dos trabalhadores, pois observa ainda, no discurso dos operários, cipeiros e engenheiros, a negação do quadro de violência sobre a saúde e segurança nos canteiros e a aceitação da tese de falha humana.

A consciência aguda do risco de acidente, mesmo sem maiores envolvimento emocional, obrigaria o trabalhador a tomar tantas precauções individuais que ele se tornaria ineficaz do ponto de vista da realização do seu trabalho (DEJOURS, 2003).

Por outro lado, há também a percepção de que o acidente é expressão de uma dimensão maior que é a organização do trabalho, a rotina do dia-a-dia, reconhecida como bruta e para a qual eles têm que se sujeitar. Dessa forma, mesmo a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) não daria conta de lhes proteger de muitos outros acidentes e doenças adquiridas no trabalho:

Eu não considero que foi um acidente. A rotina que tem lá dentro, ele não agüentou e existem muitos ali, eu conheço muitos que ali dentro perderam a saúde. Inclusive tem um rapaz, que agora mora na Serra. Trabalhou com a gente quatro anos na mesma empresa que eu trabalho hoje, ele era marcevetreiro, eu trabalhei oito anos como marcevetreiro também, ele trabalhou três anos e, no último ano, já trabalhou no empurrão, e hoje teve que se encostar também. Exatamente por causa disto. Problema de gás, água (A4).

Os EPIs só resolve para alguns acidentes, mas sobre outros não tem como. Construção civil é peso. Se o cara trabalhar a semana todo colocando piso, que coluna vai agüentar (V1)?

Citam a tentativa de ocultação das mortes e adoecimentos causados pela organização do trabalho por motivos econômicos. A imagem negativa da empresa no mercado poderia prejudicar o valor de suas mercadorias e algumas pessoas com cargos de chefia poderiam ser punidas.

Ah... Isto é óbvio. Não morre ninguém lá dentro. Quem vai querer um produto cheio de sangue. Quem vai comprar isto lá fora. Começa a divulgar isto. Aonde vai para os preços da XLP e YVA?²² O preço disto? E aí como é que fica? Não é que eles se importam com as mortes de que está aqui. O que importa são os valores (V3).

O negócio é que tem muito cargo em jogo. Se acontecer um negócio deste muito neguinho cai. Por que o técnico não avisou? Porque isto, porque aquilo, porque o encarregado vai tudo na mesma água. Então todo mundo abafa (V4).

Em relação aos riscos, os autônomos podem até, em certos momentos, estar mais expostos a eles, mas isso é compensado com uma maior autonomia, com maior possibilidade de controlar sua exposição a eles, diferentemente de um operário que tem que se subordinar, na organização do seu trabalho, em um ritmo, muitas vezes, que não é o dele. No autônomo, apesar de, às vezes, se impor um ritmo maior para

²² YVA é a sigla fictícia de uma mineradora multinacional que produz e comercializa minério de ferro, pelotas, níquel, concentrado de cobre, carvão, bauxita, alumina, alumínio, potássio, caulim, manganês e ferroligas.

auferir maior retorno financeiro ao seu trabalho, há um espaço maior de negociação com a organização do trabalho.

Até quando se trata do uso ou não do EPI, também há um tom diferenciado entre os operários de grandes empresas quando comparados com os autônomos. No caso dos autônomos, há uma possibilidade de negociação com a realidade. Usam, quando entendem que devem, não usam se consideram que pode prejudicar mais do que ajudar. Nas empresas, eles não têm esse direito à negociação, usam porque é obrigatório. É uma norma de fora, junto com outras tantas que a organização do trabalho traz e que, na verdade, pode colocar o trabalhador ainda em maior risco, pois ilude. Apesar de estar usando um material que deveria protegê-lo, o EPI, por si só, não consegue fazê-lo, e isso se torna perceptível, à medida que os operários continuam adoecendo por trabalhar nessas empresas, mesmo fazendo uso obrigatório de EPIs.

Apesar da consciência dos riscos ambientais (físicos e químicos), muitos trabalhadores, principalmente os informais, não costumam usar nenhum equipamento de proteção individual e alguns dos motivos citados foram: são incômodos, não têm costume, diminuem a agilidade necessária para o trabalho e, muitas vezes, não resolve:

Na construção civil você usa uma camisa de manga curta, qualquer produto químico que você mexe, você vai lixar uma parede emassada, por exemplo, aquilo ali vai te prejudicar. Quero deixar claro que a empresa dá os EPIs, certo? Mas nem sempre todo mundo respeita. Você vai trabalhar com cimento, o cimento é um produto químico, o cal é um produto químico, você está com uma camisa curta, aquilo vai ficar em contato com a sua pele [...]. Mas o que acontece é o seguinte, o EPI te ajuda, ele não resolve o problema. Em relação à poeira, você usa o respirador, mas ele não vai evitar que amanhã você tenha um problema de pulmão, um problema respiratório e outros mais (V3).

É serviço bruto mesmo, não tem como é uma hérnia de disco, um bico de papagaio mais tarde. Aí vai uma série de outros problemas. Não tem como, trabalhando na construção civil, mesmo que você use corretamente os EPIs, não tem como (V3).

A empresa ainda fornece os equipamentos, mas os autônomos não têm. Às vezes você não tem costume de usar o equipamento apropriado (V2).

Não é só que o cara não usa. Existe o técnico em segurança da empresa, mesmo ele explicando as pessoas às vezes fazem um mau uso. Não usam como deveriam usar (V3).

Às vezes os EPIs atrapalham você a fazer aquele serviço. Principalmente a luva. A luva tem gente que vai rebocar tem costume de usar a luva, mas

tem gente que não tem esse costume de usar a luva, já reboca direto, vai comer o dedo, entre outras coisas. Você vai carregar peso, deveria colocar o cinturão de couro para não dar problema, mas ninguém usa (V4).

Aqui dedo furado de cimento. Eu até tenho luva, mas não boto (V1).

Em relação ao uso de EPIs. A gente vai cortar uma parede, por exemplo, usar uma máscara e um óculos não dá certo. Você tem que ficar com a máscara e proteger o olho de alguma maneira, ou proteger o olho e tirar a máscara. Os dois juntos não dá certo. Se você usar os dois, a respiração embassa os óculos. Ou você respira poeira, ou tira os óculos (V5).

[...] Principalmente a gente que trabalha como autônomo a gente não se protege. Dificilmente você vê alguém usando uma máscara, usando um protetor de ouvido, é muito difícil colocar um óculos. A gente não usa proteção quase nenhuma. Mal, mal você vê alguém usando um chinelo, botando uma bota. A gente não acostuma. A gente que acostumou trabalhar assim de autônomo, a gente coloca uma bota e logo começa a incomodar, estamos acostumados a trabalhar de bermuda, de chinelo de dedo (A12).

Toda vez que eu tô cortando, eu lembro. Eu tenho óculos lá em casa, aparelho de colocar no ouvido e não levo. É relaxo mesmo. (A11)

No estudo de Iriart et al. (2008), entre alguns trabalhadores, transparece um sentimento de impotência em frente ao risco de acidentes, dada a impossibilidade de diminuí-los com medidas de proteção efetivas. A não disponibilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva pelas empresas ou a falta de condições financeiras dos trabalhadores autônomos para a aquisição do equipamento necessário levam a que muitos realizem o trabalho sem nenhuma proteção ou tendo que improvisar medidas paliativas.

Conforme Souza (1997, p.118), "[...] os trabalhadores, acostumados a conviver com a precariedade das condições de trabalho, desenvolvem o senso comum de que estas condições são normais, próprias do trabalho em obra e transmitem esse conceito aos companheiros nas várias obras em que atuam".

Dejours (2003) inclui essa atitude imprudente entre as chamadas estratégias defensivas de “negação do risco” e afirma ser funcional tanto no nível do grupo, garantindo sua coesão e coragem, quanto no nível do próprio trabalho, garantindo que seja realizado. Nesse sentido, a atitude de não usar o EPI pode ser demonstração de bravura e virilidade, imagem esta que parece querer assumir, principalmente na presença de um outro companheiro:

O cara que trabalha na construção como autônomo criou um hábito de não se proteger e, quando está trabalhando com outro, cortando alguma coisa e

coloca uma máscara: 'Esse aí é bichinha, é frescura dele...'. Não sabem a necessidade que tem! (A12).

São fatos como esses que, segundo esse autor, levaram alguns autores a dizer que a “psicopatologia dos operários da construção civil” se caracterizava por um gosto pronunciado pelo perigo e pela performance física, por meio de traços dominados pelo orgulho, rivalidade, valores ligados a sinais exteriores de virilidade, mas também pela temeridade, ou seja, inconsciência diante da realidade, ausência de disciplina, etc.

A hipótese de naturalização dos riscos fica ainda mais reforçada quando dizem que continuam trabalhando mesmo cientes dos riscos e quando agradecem a Deus por ainda não estarem doentes. Se, para não adoecer, dependem de Deus, então, não têm por que se proteger. A própria fé desafia as dificuldades da vida e protege das situações das quais eles não têm controle, quando não têm com quem contar. Dessa forma, somente Deus é quem pode determinar a ocorrência dos acidentes e, conseqüentemente, protegê-los também. A fé constitui, então, uma defesa contra os perigos do trabalho.

Apesar de as grandes empresas terem todo um departamento de segurança do trabalho funcionando, em alguns casos, seus funcionários não se sentem seguros. Para eles, só Deus pode dar essa segurança:

Dentro da área da XLP, eles trabalham muito em cima de tudo isto que vocês falou aqui, segurança no trabalho. Mas com tudo isto a dificuldade ali é grande, porque ali ainda existe o problema do gás CO, gás benzeno, diversos tipos de gás, me parece que são umas oito ou seis qualidades de gás. Ainda o que prejudica a gente ali dentro é o ruído, como ele falou. Eles têm toda a proteção, é uso obrigatório, máscara, óculos, fone de ouvido, mas, com tudo isso, a dificuldade é grande, devido à poluição, tanto que o cara que trabalha lá dentro muitas vezes sente dor nos ossos, muitas pessoas... eu agradeço a DEUS por ainda não estar com estes problemas, mas tem pessoas ali dentro com problemas nos ossos, dor de cabeça forte. Eu levei um irmão meu pra lá, ele trabalhou comigo um ano, se eu não tiro ele dali de dentro, ele tinha morrido instantaneamente. Ele passou a sentir problemas que nunca tinha acontecido na vida dele. Problemas na mente, ele ficou esquecido, tremia, perdia o lugar onde tava, eu não sei explicar direitinho o que é. O que sei é que hoje, graças a Deus ele, encostou e está aí sobrevivendo (A4).

Em relação às morbidades, os trabalhadores da construção civil relataram principalmente: perda auditiva, diminuição da acuidade visual, dores nas costas, dores nos ossos, dores de cabeça transtornos mentais, dores nos membros (superiores e inferiores), dermatites e alergias:

Eu acho que a parte mais castigada de quem trabalha na construção é os olhos e os ouvidos. Quase sempre a gente tá dormindo à noite e vem aquele ruído na cabeça (A12).

De vez em quando ele (referindo-se a um irmão que trabalhou na XLP) fica inquieto, dá irritação, fica falando assim que vai morrer, pra gente, com falta de ar. Coitado, aquilo ali atacou ele muito (A5).

Eu mesmo tenho um problema na pele que é tipo uma verrugazinha e com o tempo se torna uma mancha e eu tenho a certeza que é química destes materiais (A10).

Dentro da área da XLP [...] a dificuldade ali é grande, [...] tanto que o cara que trabalha lá dentro muitas vezes sente dor nos ossos, muitas pessoas... com problemas nos ossos, dor de cabeça forte (A5).

[...] Eu trabalhei nove meses na XLP e, nestes nove meses, eu perdi 45% da minha audição. Às vezes alguém passa e mexe comigo e eu não escuto (A1).

Eu tive problemas no joelho. Fiquei vários anos com o joelho inchado, tinha horas que eu não suportava andar direito, de trabalhar assim de joelhos (V5).

É serviço bruto mesmo, não tem como é uma hérnia de disco, um bico de papagaio mais tarde. Aí vai uma série de outros problemas (V3).

Muitos desses problemas coincidem com o encontrado por Iriart et al. (2008) ao estudar os problemas associados à saúde de trabalhadores da construção civil, decorrentes do trabalho. Nesse estudo, foram citados os problemas de coluna, os respiratórios (em conseqüência da inalação de poeira e cheiro de tinta), hérnia, dores musculares, dores nas pernas e corrosão das mãos (pela manipulação de cimento).

Porém, mesmo se percebendo enfermos, esses trabalhadores da construção civil, em sua maioria, não costumam procurar o médico enquanto conseguem continuar trabalhando. Uma das razões apontadas por eles para que isso ocorra é o receio de que o médico diga que precisam ficar um tempo sem trabalhar para que haja a cura, o que não poderão fazer diante da necessidade econômica para a sobrevivência.

Meu problema está sendo o nariz sempre entupido, inclusive hoje eu estou assim, mas eu nunca corri atrás de médico por causa disto aí (A3).

Eu já fui no médico por causa de alergia e ele me pediu para descobrir o que me faz alergia. E aí, mexendo com massa cimento, não tem jeito (A2).

Aí o cara vai falar para você não trabalhar. E aí? Você vive de quê? (A11).

Imagina eu, por acaso, chego no médico e ele me diz que eu tenho que ficar 30 dias sem trabalhar. E aí o que eu vou fazer? (A10).

Eu sou igual a ele mesmo. Ainda mais que eu tenho problema de coluna. Se eu for procurar o médico lá na clínica dos acidentados, quando eu chegar lá, ele vai querer engessar e eu não quero colocar um gesso. O gesso não vai dar jeito. Talvez se ele passar um remédio vai melhorar, não vai? Todo mundo diz que gesso é ruim (A3).

Eu tenho os braços machucados. Tem uns 15 anos que eu tenho esse braço machucado, a parte dos ombros, do tornozelo, entendeu? Tem vezes que dói mais do que se estivesse quebrado. Dói direto, mas eu também trabalho direto e não vou ao médico. Tem dia que está doendo muito (A5).

No meu caso, eu, graças a Deus, agradeço a Deus todo dia, porque nunca tive problema de saúde que eu tivesse que parar no hospital, agradeço a Deus muito por isto. Só fui parar em hospital por causa de um acidente. Eu sofri este acidente, fiquei enrolando e só depois de oito dias, quando estava muito inchada e vi que não tinha mais jeito, eu procurei o médico. Enquanto tava dando jeito de ir levando, eu ia. Achava o negócio iria sarar, aí, quando eu vi que o negócio tava feio, eu procurei o médico. Só procurei quando eu não agüentei de dor mesmo (A10).

O estar doente redefine o sistema de vínculos não somente do indivíduo adoentado, mas do entorno situacional, que regula o comportamento dos demais com o doente. Por essa razão, a inclusão de uma terceira categoria – cuidado – no par conceitual saúde-doença, significa um componente que não se pode deixar de incorporar na constituição de uma ciência da saúde humana (SAMAJA, 2000).

Ao pensar em necessidades de saúde, é comum a associação com a “assistência”, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura por cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Essa procura é caracterizada como demanda e é motivada por algo que o indivíduo entende como carencial e que pode ser satisfeito (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Assim, dada a circularidade entre necessidades e o processo de trabalho, o resultado dessas ações tem sido reconhecido como resposta à necessidade que levou o usuário ao serviço e, a partir dessa resposta, reitera-se ao usuário o que ele precisará consumir em situação semelhante, bem como onde buscá-la. Por isso, o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, “contexto instaurador de necessidades” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Dessa forma, para entendermos as necessidades de saúde desses trabalhadores, é importante analisarmos, sob a ótica deles, como tem sido (e se tem sido atendidas) suas demandas, na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro.

CAPÍTULO IV

AS NECESSIDADES DE SAÚDE E A UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO

Este capítulo tem como objetivo apresentar e analisar dados obtidos na pesquisa acerca das necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde, especialmente a Unidade de Saúde da Família de Jardim Carapina, na ótica de trabalhadores da construção civil e de trabalhadoras domésticas que participaram dos grupos focais.

Neste momento, algumas questões merecem ser destacadas. A utilização de serviços de saúde é um comportamento complexo, resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, o perfil epidemiológico, aspectos relacionados com os prestadores de serviços, além de características do próprio usuário associadas ao seu perfil sociodemográfico e econômico (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Principalmente os trabalhadores dos grupos estudados se percebem responsáveis pela própria saúde, sabem que o estilo de vida adotado por eles pode influenciá-la, mas têm a clareza de que os profissionais de saúde, em especial o médico, têm um papel importante de orientação, sobretudo em caso de adoecimento:

Eu acho que o responsável pela saúde da gente é a gente. Mas o médico, na hora que você está com algum problema [de doença], não é você que vai resolver, você não é médico. Tem hora que eu posso passar mal e precisar do doutor. É lógico (V1).

O que eu gosto de observar também é que o povo brasileiro parece ser dominado por vícios. A bebida, o nosso cigarro prejudica a gente a ser feliz também. São vários fatores que vão se acumulando e onde a saúde da gente vai ficando debilitada e continua, porque, às vezes, a gente não pára. A gente só pára depois que o médico fala: 'Se você não parar você morre'. Aconteceu comigo (A2).

Não é que o médico é o responsável [por nossa saúde], mas ele vai te orientar, cabe a você praticar aquilo [que ele orientou] (V3).

Quando percebem que necessitam de cuidados de saúde, a maioria depende quase exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para essas pessoas, diante da falta de recursos financeiros, o SUS representa a única opção. Apenas três pessoas

disseram possuir plano de saúde privado. Porém alguns trabalhadores, diante da falta de acesso e de vínculo com os profissionais da USF, usam, quando podem, o sistema de desembolso direto que, por ser mais rápido, se torna mais vantajoso, para quem necessita retornar rapidamente ao trabalho.

O horário que tá [hoje funcionando as USF] atinge o meu horário de trabalho. Eu preciso trabalhar e não posso ficar ali esperando este atendimento. Eu paguei uma bateria de exames particular, deu R\$ 380,00. Se eu fosse fazer pelo SUS, eu perdia pelo menos um mês [de trabalho]. Se eu ganho dois mil reais e eu gasto [R\$] 500,00, eu gasto um quarto e resolvo o problema em meia hora (V1).

Criado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde foi concebido visando à redução do risco de doença e de outros agravos e garantir a acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a milhões de brasileiros que estavam à margem do sistema de saúde que era, antes, restrito aos trabalhadores que pagavam a previdência e a quem podia pagar (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde tem incentivado a Saúde da Família como principal estratégia para o fortalecimento do nível de atenção básica, assumida pelo SUS como sua porta de entrada fundamental para sua organização (BRASIL, 2006).

4.1 A NECESSIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A garantia do acesso aos serviços de saúde é importante, pois, assim como o comportamento e os estressores sociais, esse acesso é considerado um fator de mediação que opera de forma indireta (muitas delas desconhecidas) em seu efeito sobre a saúde. A cadeia de causas dos determinantes dos estados de saúde é complexa. Envolve, além desses, fatores antecedentes (como o contexto ambiental), as condições sociais e as relações sociais e os fatores de risco genético (STARFIELD, 2002).

A idéia de garantir acesso às tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida está presente em vários autores, como Bradshaw, Pineault (apud STOTZ, 1991), que elaboraram taxonomias de necessidades de saúde nas quais se pode reconhecer que, implicitamente, se fala de necessidades identificadas pelos técnicos ou pelos usuários do sistema, traduzida ou não em demanda, da mesma forma que

se está tentando qualificar em que medida os serviços de saúde estão dando conta de lidar com essas demandas (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

No Brasil, o acesso universal e igualitário à saúde é um direito de todo cidadão, desde a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990. Portanto, um parâmetro importante consiste em avaliar se o modelo procurou universalizar a atenção, agregando demandas ou, ao contrário, focalizou-a priorizando grupos específicos, selecionando ações de maior impacto (MALTA, 2001).

O acesso aos serviços de saúde oferecidos na USF do bairro é um problema destacado pela maioria dos trabalhadores pesquisados, havendo barreiras na forma como os serviços estão organizados. Entre as dificuldades citadas, estão: a demora e a dificuldade em conseguir agendamento; a falta de profissionais e de equipamentos necessários; o número de vagas ofertadas pela USF, para atender à demanda espontânea, ser menor do que o necessitado pela comunidade.

Quando eu estou doente, procuro a USF do bairro, pois só tem aqui. Se tiver agenda aberta, você consegue. Se não tiver, você não consegue, não. Abre a agenda para marcar, só preventivo, só pediatra, só isto, só aquilo. Eu fiquei mais de dois meses para conseguir marcar. Você vai à médica, não tá lá. Ou você vai e já está lotado (R11).

Uma mãe relatou a dificuldade que enfrenta quando todos os quatro filhos adoecem. Percebe que o atendimento prestado na USF continua individualizado, apesar de dizerem que o foco de atenção das equipes da estratégia de saúde da família (ESF) é a família.

Eu tenho quatro filhos, se eles todos estão doentes, eu tenho que consultar só um. Às vezes peço para o meu mais velho também pegar uma ficha e consigo consultar dois. Eles falam que é a família... Mas fica difícil eu escolher (R1).

O acompanhamento e a avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho à prática do cuidado familiar ampliado, deveria ser uma das características do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, efetivadas por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias e propondo intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2006).

Para esses trabalhadores, aumentar o quantitativo de profissionais de saúde que atendem no bairro, principalmente médicos e dentistas, é uma maneira de a USF melhorar o acesso à atenção básica.

[Deveria ter] mais médicos e pessoas capacitadas, pois o que está acontecendo é que tem aquele posto para atender, mas chega lá só tem três médicos para atender 20 mil ou mais pessoas entre crianças e adultos (A4).

Além disso, sugerem que seja implantado um sistema eficiente de agendamento, que poderia estar disponível pelo telefone, ou por meio da marcação pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou pelo próprio médico, como é feito para os grupos considerados prioritários pela ESF. Um horário agendado com antecedência facilitaria a negociação de quem precisa se ausentar do serviço para ser atendido.

O agendamento vai ajudar muito. Se o agente for e não achar a gente em casa, deixa um papelzinho com o vizinho. Um papel com o horário marcado (R2).

Se tivesse o agendamento, eu chegaria para minha patroa e negociaria a falta ao serviço (R1).

Eu acho o agendamento seria importante, pois a gente já sabe que tal dia a gente tem uma consulta (R12).

Reforçando o que foi sugerido, os participantes hipertensos confirmaram não ter dificuldades de marcar consultas, pois a própria médica da equipe de saúde de família já agenda para que estejam sempre em acompanhamento, mas reconhecem que essa facilidade só ocorre por serem considerados um grupo prioritário, reafirmando as dificuldades de acesso dos demais membros da comunidade que se intensificam no caso dos trabalhadores:

Na verdade, o hipertenso tem uma prioridade. Você consulta com o médico e este já agenda. Mas, no geral, para as pessoas consultarem ali é muito difícil, tem que esperar dois, três meses para agendar. Ou, às vezes, vai lá tem um atendimento rápido mais não agenda (A6).

Segundo Pinheiro (2004), as estratégias de organização da oferta dos serviços prestados pelos profissionais da ESF possuem semelhanças com a da rede básica. O agendamento é utilizado como recurso operacional para ordenamento das demandas apresentadas pela população, da mesma forma que as Unidades Básicas de Saúde, pautado em programas de controle de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes).

Visando à operacionalização da Atenção Básica, o Ministério da Saúde define como áreas estratégicas para atuação, em todo o território nacional, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Isso faz com que, na prática, os processos de trabalho das equipes sejam direcionados às ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, apesar de outras áreas poderem ser definidas regionalmente (BRASIL, 2006).

Apenas uma trabalhadora, que não fazia parte desse grupo prioritário, afirmou ser muito bem atendida na USF e que não tem problema de conseguir consulta. Mas, segundo explicação dela, tem que passar a madrugada na fila para conseguir vaga. Ela não enxerga a saúde como direito. Para ela, os brasileiros é que são folgados e reclamam demais:

Eu não tenho o que reclamar do posto de saúde. Sempre levei minha menina, sempre fui bem tratada e bem atendida. Agora que está este negócio de agendar, mas, quando era para pegar ficha de manhã cedo eu sempre consegui, porque eu saía de casa às 2h ou 3 h da manhã. Eu já dormi muito em fila e consegui. Eu não tenho o que reclamar, não, principalmente aqui do posto. O brasileiro é que quer tudo na mão, tem que passar um apertozinho (V6).

Além disso, quando conseguem atendimento, muitas vezes, esse atendimento não tem sido resolutivo. São comuns os múltiplos encaminhamentos aos serviços de referência, como os exames de apoio diagnóstico e as consultas com especialistas sem retorno, pois dificilmente conseguem vagas ou, quando conseguem, o tempo de espera é longo. A burocracia e a disponibilidade necessária para conseguirem essas vagas contrastam com a necessidade de trabalhar e comprometem a integralidade do atendimento:

Precisavam ajudar mais a gente. Eu tenho um filho com problema de audição. Eu já perdi cinco viagens, fora os dias que a pobre da minha mulher perdeu de trabalho dela. E você chega lá e hoje não tem aparelho e você volta para casa (A1).

Não atendem mesmo. E tem que fazer exame de não sei o quê, mais não sei o quê, marcar para fazer outro dia (R8).

Eu fui no médico e falei que tava com muita dor na perna. Ele passou um monte de exames. Eu fui na farmácia, pedi um remédio e comprei (R11).

Você vai pegar ficha, agenda, você vai consultar, tem que agendar para o exame, faz o exame, aí pega e tem que marcar de novo para mostrar para o médico (R12).

E aí já vai uns três meses. Pois você vai no médico consultar, para você conseguir marcar o exame para daqui a não sei quanto tempo, para depois você pegar o resultado e conseguir mostrar para o médico. Ainda tem isto (R7).

Quando você vai no médico, ele pede exame de sangue ou urina: 'Quando você trazer, eu vou te passar um remédio. Agora toma aqui um paracetamol'. O problema é como a gente não pode faltar [serviço] para voltar lá, a saúde vai ficando até (R6).

Você imagina ter que levantar às três e meia da manhã para ir pegar ficha no clínico geral, aí ele te pergunta se você quer alguma coisa e diz que vai te encaminhar para Fulano de tal e te dá um papel para você ir lá nas Clínicas. Chega lá: 'Ah, este médico só tem daqui a uns 15 dias. Esse outro só daqui a uns dois meses, já tá tudo agendado'. Você tem vontade de xingar aquela mulher todinha. Você pega aquele papel e embola para o lado. Aí você toma um remédio e melhorou. Daqui a 15 dias você começa a sentir um zumbido no ouvido, dor na coluna, e aí você tem que passar pelo clínico geral de novo, ele te passa mais uma bateria de exames. Aquela 'burrocracia' toda, quando você vai ver, você já perdeu uma semana. Aí o que acontece, o seu telefone já atrasou, a sua conta de luz já atrasou. Você não tem condição de seguir esta 'burrocracia' toda e essa falta de condições que dão para gente (A12).

O negócio de você ir atrás, eu iria para resolver este meu problema de nariz diretamente, se tivesse, mas você tem que ir no clínico geral para ele te dar um encaminhamento, Quando você vai ver... quantos dias perdeu (A3).

Em relação à dimensão organizacional, esses resultados são semelhantes aos apresentados por Trad et al. (2002), em seu estudo etnográfico da satisfação do usuário do PSF da Bahia, a partir da técnica de grupos focais, em que, na maioria das áreas investigadas, persistia o discurso de dificuldade no acesso a marcações de consulta e a exames de laboratório. As queixas situaram-se em torno da dificuldade de acesso a especialistas, emergência, assistência dentária e da insuficiência de postos de realização de exames laboratoriais. Remetem àquilo que ainda está insuficiente, precário ou inexistente e ressaltam que as pessoas tendem a demandar que um maior número de ações médicas e paramédicas fique concentrado no nível local. Ficou patente que o processo de referenciamento é precário e a cobertura, inclusive no nível primário, é baixa.

Conill (2002), avaliando as políticas de atenção primária, a partir da análise do caso de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Florianópolis, aponta que a problemática pode ser classificada em três grandes blocos: recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Os problemas no acesso,

decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação das mais relevantes, pois podem dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas) e do mais complexo, por haver problemas na referência para especialidades. Dessa forma, conclui que, apesar de avanços político-administrativos, ainda há dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores do SUS, com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas.

Para facilitar a integralidade das ações em saúde, os trabalhadores pesquisados, sugerem que seja construída uma policlínica no bairro, com as especialidades mais procuradas.

Atendimento mais rápido. Não ficar mandar um pro outro, um pro outro, Chegar e resolver o problema e não passar o problema para outro. No final, você não consegue ser atendido (V4).

O ideal é que tivesse pelo menos uns dois especialistas no posto. Nas especialidades mais procuradas. Faz uma pesquisa e vê. Se tem muitos insetos e mosquitos no bairro, um dermatologista seria o mais indicado. Quais são os especialistas mais procurados no bairro. Eles sabem disto, eles estão lá. Por que pelo menos não fazem um esforço para trazer, ou pelo menos para a policlínica, ou aqui para as unidades? As unidades poderiam ser complicado, porque são muitas, então constrói uma policlínica para ajudar todo mundo (V3).

Eu acho que no bairro deveria ter uma policlínica. Sabe por quê? Porque nós íamos encontrar as especialidades que a gente precisa. Fica difícil assim. A gente consulta com o médico, tem que dar o papelzinho do exame para o agente da saúde marcar ou ir de madrugada tentar marcar. Então, tendo uma policlínica, a gente encontraria tudo ali. Se tivéssemos que consultar e marcar, a gente já marcaria, aí não teria que sair daqui e ir em outro lugar para consultar (R7).

Mais uma vez, confirma-se a correspondência entre aquilo que se oferece e o que se demanda, agora de uma maneira talvez mais totalizante. Trata-se de concepções e percepções sobre saúde, doença e cura, que, no caso do "velho" — isto é, do velho modelo de assistência à saúde — tende à reafirmação da idéia do processo saúde-doença numa visão biologizante, com intervenções altamente especializadas e tecnicizadas. Mas é esse modelo que a população conhece e demanda, e com ele se identifica, ainda que sua eficiência e eficácia social sejam reduzidas (PINHEIRO, 2004).

Cabe ao município, ao implementar a ESF, organizar o fluxo de usuários, visando à garantia de ações de referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial à saúde, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem (RX e ultra-som), saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica, devendo constar no Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007), a necessidade de superar a etapa de expansão quantitativa do acesso à ESF e passar para uma discussão mais formuladora do programa e sua respectiva interação com o resto da rede assistencial do SUS marca o cerne das discussões teóricas atuais, as quais se traduzem em desafios para os gestores de saúde, sobretudo no nível municipal.

Os trabalhadores desses grupos ressaltam que a demora em conseguir acesso aos serviços necessários na USF do bairro, a falta de resolutividade e os múltiplos encaminhamentos fazem com que a USF seja percebida como um serviço de triagem e o Pronto-Atendimento de Carapina seja a referência no cuidado eficiente aos problemas de doença. Esse serviço é considerado melhor do que muitos outros, mesmo quando comparado com hospitais particulares.

Aqui [na USF do bairro] você não consegue nada, eles logo já encaminham a gente. É como se fosse uma triagem (A1).

No postinho, eles não olham nem para cara da pessoa, só vão pedindo exames. Eles não te examinam. E, no pronto-socorro, eles já fazem o exame lá, te examina, se tiver que te dar uma medicação é na hora (R9).

Vou te encaminhar para o pronto-atendimento (R13).

Quando eu tava com dor no rim, eu fui no médico, consegui. Ai ele me passou para tal dia eu ir lá fazer um exame de sangue. Não adiantou nada, eu fui parar dois dias internada no pronto-socorro e ficou tudo para lá, tem que fazer na hora (R8).

Nesta unidade, só se você puder esperar. Se estiver morrendo, é melhor ir correndo para um pronto-socorro (A10).

No pronto-socorro de Carapina, eu já fui duas vezes lá e fui bem atendido e rápido. Eu tive dengue, fui ali no hospital particular, paguei tudo, fiquei lá um tempão e não descobriram o que era. Eu tinha ido aqui também e não deu certo. Aí eu peguei e fui no pronto-socorro e aí pronto. A médica passou o remédio lá, me aplicou a injeção lá e pronto (V5).

Nem se compara o pronto-socorro com a unidade de saúde. Eu tô para te falar que hoje, nem hospital particular atende tão bem igual aquele pronto-socorro. Devia ter pelo menos umas quatro unidades daquela ali na Serra (V1).

Werner (2006), ao estudar as realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES, ressalta que parece existir uma dificuldade de interação entre suas necessidades e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária. A assistência ao trabalhador encontra-se ainda concentrada nos plantões de urgência e emergência nos finais de semana, em feriados e nos pontos facultativos.

Na perspectiva de ter serviços que atendam prontamente às demandas, alguns moradores relatam a necessidade de se construir um pronto-atendimento (PA) no bairro e enfatizam ser comum os moradores do bairro buscar atendimento no PA de um município vizinho.

Deveria funcionar um pronto-socorro à noite, porque eu, logo que vim morar aqui, já saí muito a pé à noite para me consultar em Carapina. Nem carro tinha para me levar. Eu moro aqui há 15 anos, eu fui ganhar neném a pé. Quando cheguei em frente ao Batolé,²³ nasceu. Ninguém levou a gente, porque não parava de noite (V6).

Igual a São Pedro,²⁴ que tem um pronto-atendimento, tem muita gente daqui que vai se consultar lá. Então no bairro tinha que ter um assim (R8).

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais das equipes de saúde da família devem programar e implementar atividades, com a priorização de solução dos problemas referentes à saúde mais freqüentes na comunidade, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea (BRASIL, 2006).

Nunes et al. (apud DALMASO, 2000) afirmam que, em sociedade como a brasileira, carente dos mais diversos tipos de serviços públicos e cada vez mais doente, a dificuldade de acesso à consulta médica realizada de forma imediata passou a ser um problema premente e direito básico da população. A reivindicação de assistência médica, especialmente pronto-socorro hospitalar e pronto-atendimento ambulatorial, tem sido uma das principais aglutinadoras de movimentos sociais na periferia de grandes centros urbanos.

²³ Refere-se ao nome fictício de um supermercado, localizado em um ponto da BR101, próximo ao bairro.

²⁴ Trata-se de um bairro do município de Vitória-ES, que tem um PA 24h.

Diante de tais reivindicações, é comum ouvirmos a afirmação de que “a população está entrando pela porta errada”. Talvez seja mais correto afirmar que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando a racionalidade que os técnicos do setor saúde continuam a defender, sob a forma de uma pirâmide de serviços (CECÍLIO, 1997).

Como o acesso a USF tem se mostrado deficiente, mencionam algumas estratégias usadas por eles para diminuir o tempo de espera por consultas e exames solicitados, como se fazer passar por morador de outro bairro, de um outro município ou contar com a ajuda de um parente:

Meu filho vai fazer, em fevereiro, cirurgia no nariz, porque ele tem problema para respirar. A equipe solicitou uns exames. Neste posto eu consegui vaga para daqui três ou quatro meses. Me filho teria que operar em junho. Eu pedi uma conta de água emprestada de um conhecido meu de Goiabeiras, e o exame do meu filho já está pronto. Não seria possível aqui no bairro eu fazer os exames para o meu filho fazer a cirurgia agora dia 21 de fevereiro, como está marcado. Aqui no bairro não existe este amparo (A12).

Esse exame que eu fiz agora, eu consultei lá e paguei os exames no particular. Agora isto alguém foi lá marcou para mim, esperou o horário e na hora ligou para mim e ‘Ó, você pode vir que está na hora’. Algum parente, porque eu pedi, porque eu não podia fazer. Eu estava sempre trabalhando (V1).

De modo geral, os trabalhadores desses grupos se sentem desvalorizados e excluídos do sistema de saúde público. Não concordam com a lógica organizacional desses serviços que excluem quem precisa trabalhar, ao não disponibilizar horários compatíveis. Até o pronto-atendimento, que é o serviço de referência para a maioria, parece não estar considerando a falta de compatibilidade de horário do funcionamento da USF com o do trabalho deles, fazendo com que se sintam duplamente excluídos.

Você chega lá, tem uns dez na sua frente, mas você fica lá. O doutor chegou, atendeu os dez, você é o onze, mas tem que voltar um outro dia. A gente deveria ter um horário de atendimento fora do nosso horário de trabalho. Porém hoje tem esses aposentados lá, esses velhos, tem dez na fila e chega passa e é atendido. E a gente fica. Eu queria também que a gente, que é ocupado no trabalho, tivesse uma oportunidade assim. Chegasse no posto, tem aquela criança para ser atendida, eu sou um trabalhador, eu que vou ser atendido primeiro, porque ele tem tempo, a mãe dele tem tempo, pode esperar. Ou então eles [podem ser atendidos] em um horário e nós em outro (V1).

Sabe o que hoje acontece muito? A pessoa está trabalhando, está dando 5h está passando mal e aí embora. Ninguém escolhe a hora. Às vezes era um problema que você até resolveria no posto, mas já está fechado. Você vai

para o pronto-socorro e eles se recusam a te atender. Eu estou falando porque aconteceu isto comigo. Falam que é um problema que no posto resolve. Você agüentou até sair do serviço. Você está tentando resolver para não ter que perder um outro dia [de serviço]. Mas falam que é problema do posto de saúde e que não vão te atender, não (V3).

Isto aí eu acho que é uma baita covardia. Eu, por exemplo, saí de férias dia dois ou dia três de janeiro, foi conseguir marcar uma consulta no dia 18 de fevereiro, aqui no meu bairro, porque, enquanto eu não passar no meu bairro eu não consigo marcar aí fora. Eu acho uma covardia, nós que trabalha estamos sendo escravos, não sei de que espécie, eu nem sei dizer. Mas eu sei que hoje a saúde para nós, trabalhadores, nós que contribuí, nós estamos sendo massacrados. Nós não temos nada de valor a respeito disto. Nós somos pior que um cachorro. Eu considero assim, com o perdão da palavra, porque tem muita gente que tem cachorro aí, que o cão dele é muito mais bem tratado que nós, seres humanos (A1).

A gente não presta para nada não (R10).

Uma idéia bastante recorrente nos discursos foi a necessidade de ampliação do horário de funcionamento da USF, de preferência até à noite, para facilitar o acesso. Batizaram esse horário de “a hora do trabalhador”. Aliás, uma moradora expressou que essa seria a forma de sentirem a disponibilidade do serviço de saúde com eles e com sua condição de trabalhador, pois, só assim, a USF poderia se efetivar como a porta de entrada do trabalhador no SUS:

Ter um horário que permita que quem trabalha até mais tarde possa ir no médico, sem ter que pedir ajuda. Eu vou trabalhar saindo dali eu vou ao médico. A gente poderia ir e marcar, seja 7h da manhã, seja 18h. Depois, você ia no posto, fazia seu exame e ia trabalhar. Tinha mais garantia, não dependia do ACS, pois, às vezes, passam e não encontram a gente. A gente tinha que encontrar uma porta aberta para atender a gente (R6).

Se só podem ser atendidos durante o horário de serviço, tendo que deixar de trabalhar vários dias para tentar conseguir esse atendimento e como só recebem remuneração se trabalhar, concluem que o SUS está custando caro para quem trabalha; aliás, alguns já consideram o sistema de desembolso direto uma alternativa mais viável e mais barata do que o SUS:

A gente começa a trabalhar de sete as cinco horas [17 hs]. Que tenha um atendimento depois das cinco h até as nove horas da noite. O horário que tá atinge o meu horário de trabalho. Eu preciso trabalhar e não posso ficar ali esperando este atendimento. Eu paguei uma bateria de exames particular. Fiz exame de tudo, de colesterol, de diabetes, para ver se o coração tá grande ou pequeno. Aí deu [R\$] 380,00. Se eu fosse fazer pelo SUS, eu perdia pelo menos um mês. Se eu ganho dois mil reais e eu gasto [R\$] 500,00, eu gasto um quarto e resolvo o problema em meia hora (V1).

Eu marquei uma consulta pelo meu plano de saúde. Eu cheguei lá: ‘Que dia que eu posso vir? ‘É só dia de quinta feira’. ‘Que horas eu posso vir?’. ‘Depois das seis’. Eu fui lá, me consultei, beleza! Paguei lá. No SUS, que eu

já me consultei, demorei quase três meses para conseguir. [Na USF] você até consegue, sim, mas você tem que chegar lá, passar pelo clínico, aqui tem esta burocracia, ele te dá um encaminhamento, você vai colocar nas mãos do agente de saúde. Ai eles vão marcar, ai você vai ver que dia você pode aparecer lá. Agora, pelo plano, você pega telefone e: 'Fulano que dia está tendo consulta e quanto é a consulta?' E pronto (V3).

Por terem necessidades específicas, gostariam que isso fosse levado em consideração pelos profissionais da USF ao organizar e planejar os serviços ofertados na unidade:

Deveria colocar mais médicos de plantão. Mais especialistas. Igual quando ele falou que crianças e idosos têm preferência em relação ao trabalhador, eu acho que deveria ter, se possível, um médico para atender crianças e idosos, e um para os trabalhadores. Caso não tenha crianças e idosos, ele vai atender os trabalhadores e o resto da população. Já diversificava mais. Um como plantonista. Caso o outro não tivesse atendendo crianças e idosos, iria ajudar o plantonista (V4).

ACS dar um tratamento, atendimento diferenciado para quem trabalha (R5).

[Deveria haver] um atendimento especial, mas especializado para o trabalhador (A4).

A declaração de atendimento que os médicos têm dado no SUS no lugar do atestado de saúde tem se configurado em mais um obstáculo no cuidado à saúde do trabalhador. As empresas não têm aceitado essa declaração para abonar o dia de serviço perdido. Como parecem ser vistos com desconfiança pelos médicos, os trabalhadores têm que enfrentá-los para conseguir impor seus direitos e interesses:

A gente que trabalha já tem outro problema. Você chega no posto ou no pronto-socorro o cara mal, mal olha na sua cara e, quando te atende, você pede um atestado, já que a empresa não está mais aceitando declaração e você perde um dia de serviço. Eles te dão uma declaração. Isto é um absurdo, você quase tem que chorar no pé do médico, independente do que você tenha. A declaração só significa que você compareceu lá, e não que você está impossibilitado de trabalhar. Ai a última que eu precisei consultar e fui ali. Eu falei para médica que eu precisava de um atestado. Ai a médica disse: 'Você quer uma declaração de suas horas'. Eu disse: 'Não eu quero um atestado, porque não dá mais para eu ir na empresa a esta hora'. Ela olhou para a minha cara e não ia me dar, mas ela viu que eu olhei meio sério e, ai me deu. Fez a mão. Nem atestado existe no posto de saúde. Achei que a empresa nem ia aceitar. 'Eu quero que a senhora coloca a CID ai e carimba'. Eu levei para lá e eles aceitaram. Mas para conseguir atestado, é difícil (V3).

Quando questionados a respeito da maior utilização dos serviços das USFs da Serra pelas mulheres, alguns dos trabalhadores disseram ser porque elas são mais preocupadas com a saúde.

Eu acho que a mulher está mais preocupada com a saúde, a gente realmente não temos muito tempo, mas a gente também relaxa muito. Lá em casa, por exemplo, quem marca consulta para os meus filhos é ela, mesmo quando não tem jeito, ela corre atrás, quando não tem jeito ela se vira e paga exame. Ela procura um lugar mais barato que faz, farmácia, o que for. É difícil? É, mas ela sempre dá um jeito e está sempre me enchendo a paciência. 'Você tem que ir no médico' O problema não é falta de tempo. Toda mulher trabalha, mas ela está mais preocupada com a saúde. Eu conheço um monte de mulher aí que trabalha fora, tem um monte de filho e cuida da saúde. Mesmo as que ficam dentro de casa trabalham. Minha esposa fica dentro de casa, mas ela trabalha pra caramba. Eu não queria ficar no lugar dela não. Mesmo assim, ela consegue tirar um tempo (A10).

Poldi (2006), ao estudar o perfil dos usuários das unidades de saúde da família da Serra, destacou que são, em sua maioria, do sexo feminino, entre 21 e 40 anos, casados ou vivendo maritalmente, têm como grau de escolaridade o ensino fundamental incompleto e os afazeres domésticos como atividade de trabalho.

Um dos pesquisados acha que a não procura se deve ao fato de os homens estarem sempre trabalhando e, portanto, não terem tempo de se cuidar:

Eles não têm tempo para ir, preferem, às vezes, trabalha doente porque não têm tempo de ir ou, quando vai lá, não é atendido. Ou tem um atendimento rápido ali, mas ele é encaminhado para fazer o exame no hospital. Vai demorar mais dois a três meses pra conseguir o exame solicitado pelo posto. A pessoa que está doente pode até morrer. Não tem tempo para ficar esperando tanto tempo para conseguir um tratamento. O homem que trabalha dia a dia deveriam ter um tratamento diferenciado para resolver os seus problemas. Os homens vão menos, pois estão trabalhando (A1).

É porque o homem praticamente não tem tempo. As mulheres ficam mais dentro de casa cuidando dos meninos e delas também. A mulher tá dia a dia dentro de casa. Você quer comparar com a gente? A gente está um dia em um lugar, outro dia em outro. Ela está mais dentro do bairro, ela tem mais condições Eu não estou dizendo que elas não trabalham, todas trabalham. Mas a mulher é todo dia a mesma rotina, lavar, passar e cozinhar, lavar, lavar, passar e cozinhar (A11).

A maior flexibilidade quanto ao horário de serviço delas e uma tolerância maior por parte da sociedade, quando elas falam que estavam cuidando da sua saúde ou de seus filhos, também são fatores apontados como uma possível causa. Na divisão social do trabalho, cabe ao gênero feminino a tarefa de cuidar:

Existe um fato muito positivo: 80% das mulheres que trabalham aqui no bairro são domésticas. E, normalmente, as domésticas têm um tempo mais flexível. No caso do homem dizem: 'Vai para casa, porque você perdeu o seu dia'. Elas muitas vezes podem chegar mais tarde do emprego ou sair mais cedo. Você chega no posto de manhã cedo, tem uma turma de mulher na fila querendo ser atendidas porque trabalham (A6).

Figueiredo (2005), usando a fundamentação teórica em que prevalecem os conceitos de gênero e de necessidade em saúde, relacionando esses conceitos com a experiência prática desenvolvida em um Centro de Saúde, considerou a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde como uma característica da identidade masculina relacionada com seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde.

Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. As próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) poderiam ser a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço. Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não-pertencimento àquele espaço. Argumentou, ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina.

Para alguns trabalhadores pesquisados, é a maior sociabilidade que elas têm, quando comparadas com os homens, o que facilita a formação de redes sociais, para, por meio desses conhecimentos, conseguirem o que precisam:

Eu acho as mulheres mais organizadas conseguem fazer mais contato uma com as outras. Eu acho que é isto aí que ajuda. Nós temos muitas mulheres que trabalham com faxina nos condomínios e elas têm muitas amigas que trabalham em postos médicos. Elas, com tantas amizades, às vezes fazem parcerias que resolvem os problemas. Se você hoje não tiver estes conhecimentos, você não arruma nada. Tudo, em geral, se você não tiver conhecimento você está excluído. Às vezes, elas conseguem ter mais este conhecimento do que a gente. Trabalham para um dono de farmácia, um policial, um médico. A gente não tem muita chance de trabalhar com estas pessoas. Tem muita gente da alta sociedade que é boa. E, você através da bondade deles, acaba conseguindo alguma coisa diferente dos outros (A1).

Eu cheguei uma época de quase parar, com problema de hemorróidas. Através de uma amizade da minha esposa com uma outra vizinha que

trabalhava no Hospital das Clínicas, eu consegui, graças a Deus, fazer a consulta e, depois de quatro ou cinco meses, eu operei. Tem hora que a união, a amizade ajuda a gente (A4).

Segundo Lima e Moura (2005), o termo capital social foi utilizado inicialmente por Bourdieu em 1986 e desenvolvido e aplicado por sociólogos norte-americanos, como Coleman e Putnam, entre outros, que enfatizam que as redes sociais informais e o estabelecimento de relações de confiança entre os participantes dessas redes permitem-lhes usufruir vantagens propiciadas por esse conhecimento. Ou seja, um capital relacional resultante de um conjunto de normas de reciprocidade, informação e confiança presentes nas redes de sociabilidade informais da vida cotidiana.

Neste trabalho, está sendo considerado capital social o conhecimento com alguém que trabalha dentro de alguma unidade de atendimento do SUS que, por meio desse conhecimento, “dá um jeitinho” de conseguir a vaga, sem passar pelos trâmites formais, como esperar o setor responsável pela marcação de vagas, chamar, na ordem, o nome que consta em uma lista de espera.

As redes sociais informais se mostram particularmente importantes, onde há um Estado provedor fraco, que, como no caso do Brasil, não cumpre o seu dever constitucional de garantir acesso universal à saúde.

4.2 A NECESSIDADE DE VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto aponta, entre as necessidades de saúde, ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Considera-se vínculo a responsabilização de uma equipe multiprofissional de saúde pelo “problema de saúde” do usuário, individual e coletivo que, acoplado ao acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Visando à continuidade das ações de saúde e à longitudinalidade do cuidado, o Ministério da Saúde tem estimulado que os profissionais das equipes de saúde da

família desenvolvam relações de responsabilização e vínculo com a população adscrita (BRASIL, 2006).

A longitudinalidade, segundo Starfield (2002, p. 62), pressupõe:

[...] a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade [...]. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Apesar do incentivo do Ministério da Saúde para que este vínculo entre profissionais de saúde e usuários se estabeleça, percebe-se que, na prática, isso não tem se concretizado na USF deste bairro.

Em nenhum momento, os moradores se referiram à USF, mas sim ao “postinho”. Quando perguntados se conheciam os profissionais que compunham a equipe de saúde da família responsável pela área em que moravam, associaram imediatamente essa equipe aos agentes comunitários de saúde, “aqueles agentes”. A maioria demonstrou não saber que havia outros profissionais responsáveis por sua área, como médico, enfermeiro e dentista. Quando esclarecidos sobre a presença dos demais membros da equipe, demonstraram surpresa: “Existe isto”? “Estou sabendo disto agora”, “Então não é para a população em geral não, né?”, “Eu não conheço ninguém”, “Nunca ouvi falar”, “Nem sabia que isto existia”. Acham que esses profissionais só atendem aos idosos. Entre os poucos que disseram conhecer, confundem os médicos da estratégia saúde da família com os que não são, mas que também atendem no posto.

Achado semelhante foi relatado por Trad et al. (2002), em seu estudo etnográfico sobre a satisfação de usuários do PSF da Bahia, onde não houve uma identificação muito clara do programa como tal. Naquela população, quando abordados inicialmente acerca do PSF, surgiram perguntas como: “Vocês tão falando do posto?” Ou, no melhor dos casos: “É sobre estes agentes que visitam as casas?”. Houve dificuldade em visualizar o PSF ou identificar com precisão sua lógica de funcionamento. O programa, de fato, foi muito mais identificado a partir da sua materialização em um posto de saúde e nas ações dos seus profissionais. A alusão

ao “posto” foi uma constante nos grupos, ressaltando que, em nenhum momento, apareceu claramente essa referência ao PSF ou à estratégia de saúde da família.

No presente estudo, muitos participantes, apesar de associarem a imagem da ESF aos ACSs, disseram não conhecer o agente responsável por sua microárea de saúde e os que conheciam demonstraram não possuir vínculo com esses profissionais. Isso ficou evidente nas seguintes expressões: “Eu nem conheço a minha”, “Eles não fazem nada”, “Passar, já passaram lá em casa, mas eu nem sei quem é”. Foi comum também a insatisfação com os serviços prestados por esses agentes:

Eu morava em Boa Vista. O agente de 15 em 15 dias passava lá em casa. Agora que moro aqui no bairro há dois anos, o agente até hoje não passou (R7).

Eu vi agente de saúde duas vezes na minha casa (A12).

Eles até passam lá em casa, mas é a mesma coisa que nada. A mulher vai lá e dizem que tem que marcar lá em não sei aonde. Agora nem mais não vão, tem um tempão que e não vejo ele (A11).

O agente comunitário de saúde esteve na minha casa e começou a me perguntar um monte de coisa e quando e perguntei o porquê estava me perguntado tanta coisa disse que era só para entregar para o seu chefe. O que eu percebi é que ela estava pouco se lixando para mim. Só queria cumprir a obrigação dela para entregar lá. O que existe é alguns políticos que colocam estes agentes de saúde, que são uns desocupados que ficam fazendo propaganda política e ficam falando que você tem atendimento no posto e quando vão lá... Eles são informantes, que ficam dizendo vai lá para não sei a onde que tem e te dão um papel. Então o agente de saúde trabalha para os políticos para dar informações mentirosas. Na verdade os agentes do bairro não são agentes, são cabos políticos se fingindo de agente. É tudo morador do bairro que estão tudo na aba de algum vereador fingindo que estão trabalhando (A12).

Trand et al. (2002) encontraram resultado diferente ao encontrado neste estudo em relação à satisfação dos usuários com os ACSs. Na maioria dos locais pesquisados, houve satisfação do usuário em relação aos médicos e aos ACSs.

Uma das atribuições dos ACSs é estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006).

A ausência de vínculos entre a população do estudo e os ACSs do bairro pode ser devido a algumas razões, como a rotatividade desses profissionais ou o número

insuficiente deles. Algumas áreas do bairro, apesar de adscritas à USF, encontram-se sem cobertura efetiva:

O programa de agente comunitário no bairro era melhor no início há uns cinco anos atrás. Os primeiros agentes eram melhores no tratamento do povo, porque eram formados para isto. Venceu o contrato deles e contrataram pessoas mal informadas (A2).

Tinha uma menina que saiu para ganhar neném que saiu tem uns cinco meses e até hoje não colocaram ninguém (R9).

Eu sinceramente ouvi falar que a minha saiu [falando da agente] (V7).

Eu só conhecia aquele menino, agora o resto, o inferno carregou tudo, só passa na porta da gente quando estão precisando de alguma coisa. Eu tenho certeza que eles não passam mais lá em casa, tenho certeza (V6).

O meu agente de saúde não conheço. O posto de saúde sim. Inclusive eu já procurei várias vezes, falei que o agente que tinha saiu e que agora era outro, que dava o maior 'caô', e não passa lá em casa, não, mas o tempo foi passando e eu agora desisti. Deixei para lá (V5).

[O ACS] Tinha que ter um contrato mais prolongado, porque eles passam hoje na sua casa e depois, quando você vai ver, não está mais (A9).

É necessário lembrar que é preconizado, pelo Ministério da Saúde, que os ACSs sejam em número suficiente para cobrir cem por cento da população cadastrada. Além disso, os ACSs devem cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados (BRASIL, 2006).

Outro fato que pode ter dificultado o estabelecimento de vínculo é a incompatibilidade dos horários de trabalho desses trabalhadores e dos ACSs. Muitos não sabiam sequer se estavam cadastrados. Alguns disseram que, apesar de saber que são cadastrados, não estavam em casa no dia do cadastramento da família, pois estavam trabalhando e foi outra pessoa da família quem deu as informações solicitadas ao agente.

[Não estava em casa no dia do cadastramento], porque eu estava trabalhando. Acho que foi o meu marido que deu as informações (R3).

[...] O agente tinha que ir mais tarde lá em casa, marcar o meu preventivo. Eu faço de seis em seis meses. Mas deu o horário dele e ele racha fora. Ele deveria marcar para gente. Se não encontrar, tenta novamente até encontrar ou, quando te encontrar na rua, mas eles têm que marcar (R8).

Ontem eu consegui encontrar com a minha, porque eu tava em casa. Não fui trabalhar. Pedi para marcar um preventivo para mim. Ela disse que não podia, que a médica tava de férias, inventou mil desculpas (R12).

Mas, se a gente trabalha e não pode marcar [referindo-se ao agendamento feito pelos ACSs]. Quando a gente vai no posto, eles perguntam 'Cadê a sua agente?' (R3).

O agente, quando passa, só encontra a mulher. O homem está no serviço. Dificilmente está em casa, por isso que não conhece. A mulher que dá o nome, pois o homem também faz parte da família (A2).

Além disso, acham que o baixo nível de escolaridade interfere no trabalho dos ACSs que atuam no bairro e que eles deveriam ser treinados melhor, antes de realizarem as visitas domiciliares. Os requisitos considerados importantes no serviço desses profissionais são: saber ouvir as pessoas, orientar a população em relação aos problemas referentes à saúde mais freqüentes da comunidade, identificar se precisam de cuidados médicos e agendar para eles o serviço indicado:

Eu conheço pessoas que trabalham na unidade que não têm nem o primeiro grau completo, não têm preparo para a saúde. Deveria haver um cuidado maior na seleção dessas pessoas (agentes) ou, pelo menos, darem um curso primeiro para preparar melhor estas pessoas, antes delas irem para rua, para visitar as casas dos outros (A10).

Porque o agente, quando é bom, orienta a família. Antigamente ele até ia lá e marcava a consulta para pessoa, este negócio mudou (A2).

Eu acho que para melhorar isto aí, ninguém consegue fazer todas as coisas corretas, mas quem está fazendo isto aí faça pelo menos a sua parte. Que tivessem pessoas formadas, capacitadas para isto, com experiência para o trabalho, que seja preparada para isto. Os agentes de saúde têm que chegar lá, perguntar como está a família como está o filho, se tem alguém precisando de consulta, conversar com a pessoa, ouvir a pessoa. Todos que trabalham com a saúde, precisam ouvir as pessoas. Quando a gente chega lá, eles só querem o nome da pessoas, não conversam nada. Isto tá errado, não é assim (A2).

Em relação aos agentes de saúde, há um tempo atrás eu conheci uma boa. Essa ia na casa de todo mundo, conversava com todo mundo, media a pressão. Quando estava com a pressão alta, falava que ela tinha que ir ao médico, estava sempre cobrando isto. Só que ela saiu e os outros eu não vejo fazendo isto (A3).

Essas expectativas estão de acordo com o preconizado pelo MS (BRASIL, 2006), para a qual os ACSs devem realizar, além do cadastramento, as seguintes atividades: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada,

principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

No caso específico do vínculo com os médicos, o valor dos medicamentos receitados e dos exames prescritos é citado como exemplos de atendimentos impessoais, em que esses profissionais provavelmente desconhecem ou não levam em consideração o contexto sociocultural e a história pessoal deles, fazendo com que percam a credibilidade nesse profissional e sintam que, no fundo, não se importam com a sua saúde. Nesse momento, mais uma vez, a crença em Deus aparece como parte do cotidiano e como solução, às vezes única, para os problemas referentes à doença:

Mas a maioria dos médicos hoje, eu não sei se eles têm algum convênio com os laboratórios, mas só te dão remédio hoje de 150, 160 reais. Tiveram a cara dura de dar uma receita de um remédio para a minha esposa de 600 reais. Você já imaginou um absurdo deste? Daqui a pouco você já tá chegando no médico com medo: 'E aí doutor, dá para você me passar um genérico, um remédio que eu possa comprar?' Ele não leva em conta a condição de vida da gente, está preocupado com a comissão que leva dos laboratórios, não estão nem aí com a saúde de ninguém (A11).

O médico me examinou e falou: 'Olha, se eu fosse te pedir uma radiografia pelo SUS vai demorar de dois a três meses, se você tiver condições de fazer particular, daqui uns 45 dias eu te atendo de novo'. Como é que pode uma coisa assim? É preferível deixar para lá que, graças a Deus, a dor sumiu sozinha. O próprio trabalho é que curou. Sinto um pouquinho, sinto, mas tá dando para caminhar. Com isto a gente vai só se prejudicando, só se prejudicando, porque não tem outra solução, porque médico a gente não tem. Eu não sei quem é o responsável, se é o Lula, isso eu não sei, mas o que eu sei é que nenhum de nós tem condições de pagar uma consulta particular, 87, 100, 145 contos. Aonde você vai arranjar este dinheiro? Se você trabalha quase uma quinzena do seu salário para arranjar este dinheiro. Não tem como. Só se você passar fome. Quando ele me falou que pelo SUS iria demorar de dois a três meses, para ele saber o que eu tinha na perna. Aí eu falei: 'Pronto, o que vou fazer agora!'. Aí ele me passou um remédio com o nome de diclofenac. Tomei quatro comprimidos dele, e não fui capaz de tomar mais, pois, quando comecei tomar, foi me dando muita dor no estômago. E agora quem vai resolver o meu problema. Meu médico a partir de agora vai ser Deus, pois médico mesmo a gente não tem. E sarou. E é assim, de vez em quando ainda dói, mas eu começo a trabalhar, no serviço conserta, porque, se eu for ao médico, ele vai me dar uma declaração, vou perder três dias. Eu pego um desconto de três dias no final do mês. Você se ferra todinho. Você precisa deste dinheiro para pagar seu gás, seu talão de energia. Foi só Deus. Foi a minha fé que eu tenho em Deus. A minha fé curou (A1).

Uma trabalhadora quis ilustrar, com um diálogo criado por ela, a falta de compreensão, por parte dos médicos, dos problemas cotidianos enfrentados pela classe popular trabalhadora, como a necessidade de uma mãe ter que deixar em

casa sozinho um filho pequeno para ir trabalhar. Neste diálogo, a letra U representa uma mãe trabalhadora e a letra M um médico (a).

Mas, se a gente deixar em casa [o filho] e acontecer alguma coisa, a gente ouve até... Seja do médico ou da doutora (R6).

M – Deixou a criança com quem? O que aconteceu?.

U – Eu estava trabalhando.

M – Você foi trabalhar e deixou a criança sozinha? Que irresponsável que é você. Você é uma mãe que não tem amor pelos seus filhos. Você não tem responsabilidade.

A gente ouve. Porque eu já ouvi (R6).

A falta de paciência de uma médica que atua na USF do bairro para lidar com os usuários foi citada como exemplo de falta de respeito ao usuário e mau atendimento prestado por alguns médicos:

Ela [a médica] é ignorante. Ela fala com você aos gritos, todo mundo lá fora ouve, que você sai com a cabeça baixa porque passa humilhação: 'Por que você não tirou a roupa do seu filho? Por que esta criança entrou com roupa aqui?' Meu neto estava com febre, só porque ele entrou com roupa, ela começou a berrar com a ignorância (R6).

Para alguns, o mais importante é ter, nos serviços de saúde, médicos mais qualificados e preparados para resolver os problemas referentes à saúde da população, pois só assim a atenção básica seria mais resolutiva. Acham que deveria ser criada uma especialidade que capacitasse os médicos a entender as necessidades de saúde da comunidade. A rapidez com que as consultas são realizadas e a impessoalidade no atendimento são motivos de insatisfação:

Eu já fiz consulta mesmo que o médico com três minutos! Que com dois minutos mesmo já estava com tudo escrito na receita: 'Você descobriu tudo que eu tenho, não vai colocar um aparelho para escutar meu coração, medir a minha pressão?'. Aí que ele sentiu, que eu bati na ferida dele, que ele foi me examinar. Senão eu teria saído de lá só com um papelzinho e duas ou três palavras dele, sem ele me examinar. Como é que pode? Não tem nem lógica (A1).

Não é um único posto de saúde no bairro que vai melhorar tudo, mas existem formas de melhorar um pouco para o trabalhador. Médicos capacitados em todos os bairros, pois, se hoje ele precisa de um especialista, ele tem que ir lá, então uma maneira que eu acho que resolveria um pouco o problema dos homens trabalhadores é um horário especial para os homens com médicos também de formação especial, que não me dê uma receita que eu tenha que ir em outro médico, em outro lugar. Que resolva, que entenda melhor os problemas aqui do bairro e o problema da saúde daquela pessoa que foi lá. Se ele não for um médico especialista ele não vai resolver o meu problema, mas isto tem que ser

criado ainda, porque não existe uma especialidade assim. Só a policlínica e postinho não vai resolver o problema. Eu acho que tem que ser criado pela UFES, pelo Governo Federal, uma entidade saúde que vá resolver o problema não só deste bairro como de outros tão carentes também. A gente está aqui respondendo pelas necessidades do bairro, mas temos que pensar nas outras pessoas que estão fora. Por que como hoje está, não está resolvendo (A6).

A gente precisa um médico que resolvesse o nosso problema, não ficasse mandando nós, adiando. Porque nem tudo pode adiar (A9).

Eu também já fui em médico deste jeito, que só olhou para a ficha, nem olhou para a minha cara para falar comigo. Perguntou: 'Seu Fulano, o que você está sentindo?'. Me deu vontade de dizer: 'Nada, não, só vim olhar você (A3).

Uma das qualidades mais valorizadas por esses trabalhadores, como atributos desejáveis em um profissional de saúde, seja ele médico, seja ACS, é a capacidade de escuta.

Para Trad et. al (2002), não restam dúvidas de que os usuários expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza por parte dos profissionais de saúde. Os atributos mais referidos, quando os usuários do PFS da Bahia avaliaram a sua relação com os médicos, foram a escuta e gentileza.

A necessidade de ter vínculo com o profissional ou a equipe também foi ressaltada por usuários de famílias adscritas a uma equipe de Saúde da Família do município de Jequié, ao afirmarem que os trabalhadores da equipe não têm tempo de escutá-los em função da grande demanda e que gostariam de uma comunicação mais "próxima" com os profissionais que os atendem (NERY, 2006).

Para Campos (1997, apud SCHIMITH; LIMA, 2004), o vínculo profissional/paciente tem o potencial de estimular a autonomia e a cidadania do usuário, promovendo sua participação durante a prestação de serviço. Da mesma maneira, a equipe da ESF deve utilizar as potencialidades de que dispõe no vínculo com o usuário para a construção de sujeitos autônomos, desde o momento que o reconhece como alguém que fala, julga e deseja.

4.3 DIANTE DAS DIFICULDADES A BUSCA POR ALTERNATIVAS

Os conhecimentos, valores e práticas dos segmentos populares refletem uma cultura própria, em que se encontram valores tradicionais atualizados e componentes da sua história de vida, marcada pelo lugar que ocupam no mundo do trabalho e relações sociais (GRAMSCI, 1991).

Talvez o aspecto mais marcante nesse sentido seja o papel da religiosidade. Pedir a Deus que não adoçam, agradecer a Ele o não adoecimento e, caso isso aconteça, rezar para obter força e cura são hábitos comuns desses trabalhadores:

Eu sou realista, meu plano [de saúde] é Jesus, por que eu peço lá. Tudo eu oro; 'Oh meu Jesus, eu não posso ficar acamada!'. E todo dia agradeço a meu Pai do céu (V2).

Eu dobro o joelho e peço a Deus [para não adoecer] (V3).

Para Minayo (1988), a religiosidade e sua interligação com as questões de saúde-doença é vista como parte da cultura tradicional dos grupos populares, ligada à sua visão acerca do homem e seu destino. Tem raízes históricas profundas e é manifestada pelos vários grupos sociais de modo renovado, sobretudo no espaço urbano.

Valla (2000), ao falar das redes sociais desenvolvidas pelas classes populares em uma conjuntura de crise, destaca o extraordinário crescimento da presença das pessoas dessas classes nas Igrejas, principalmente nas chamadas Evangélicas ou Pentecostais. Observa que a falta de apoio institucional faz com que essas Igrejas ofereçam um "potencial racionalizador", isto é, sentido para a vida e criem grupos de suporte para resistir à pobreza.

Os trabalhadores pesquisados buscam alternativas para resolver seus problemas associados à saúde, como a utilização de remédios, xaropes e chás caseiros que podem estar disponíveis em casa ou ser facilmente comprados na farmácia, sendo, portanto alternativas imediatas. Geralmente são receitados pelo farmacêutico, por um amigo ou mesmo pela própria pessoa que reconhece o sintoma como parecido com alguma doença que alguém já teve.

[Quando adoço] Eu vou na farmácia e compro um remédio (V4).

Eu sou assim, senti alguma coisa: 'Me dá tal remédio aí'. Eu tomo e pronto. Aí, quando eu vejo que eu tô ruim mesmo, que não melhorei, eu vou para o pronto-socorro (V7).

Geralmente as pessoas se automedicam. Senti algum problema que tem os sintomas parecidos com alguma coisa que alguém já teve, você se automedica. Ir no hospital, meu Deus do céu, só aumenta a dor de cabeça (V4).

Às vezes é difícil entrar em contato com o médico e a gente fica nesta situação de se automedicar (V5).

Existem as vovós que têm os remédios caseiros. Eu mesmo, sinceramente, e quase todo mundo aqui, toma muitos remédios caseiros. É mato, é raiz. Você pega, o índio mesmo, ele é criado na mata sem remédio, então por que o índio tem saúde? É o que, muitas vezes, a gente pratica. Não tem tempo de ir ao médico, vamos tomar um remédio caseiro e, com a fé em Deus, a gente melhora (A6).

Eu fui trabalhar três dias deste jeito [doente]. Continuei tomando medicamento em casa sem saber o que eu tinha, porque não tem, não tem o que fazer. A gente tem que ficar em casa (R6).

Eu vou embora do serviço. Tomo um antiinflamatório. Tomo diclofenaco e vou embora. Eu compro e tomo. Eu já sei que é bom (R12).

Ao refletir sobre os recursos e estratégias em saúde, paralelos à prática médica oficial, utilizados por um segmento de mulheres pobres brasileiras, Mandú e Silva (2000) avaliam que a automedicação é favorecida pelos conhecimentos adquiridos em situações anteriores, ou sob a influência da propaganda, que estimula a medicalização. O uso desse recurso se revela alternativo a situações em que os serviços não correspondem às necessidades e demandas das entrevistadas. Um contato mais próximo com os vendedores das farmácias, em geral pessoas que vivem na comunidade, torna mais rápido o acesso às respostas requeridas.

Nery (2006), ao estudar as necessidades de saúde na estratégia saúde da família, no município de Jequié, encontrou que os usuários relataram que buscam alternativas para resolver seus problemas de doença, uma vez que os serviços de saúde não conseguem atendê-los. Muitas são as saídas encontradas na atenção informal à saúde: a crença em Deus, a utilização de remédios e xaropes caseiros, chás, simpatias, a farmácia, o uso de automedicação. Mesmo os que têm plano de saúde privado usam esses recursos, quando julgarem necessário.

Outra maneira encontrada por eles para não sentir dor é manter o corpo sempre em movimento, trabalhando. Conforme dito, é comum, principalmente os homens, associar seus corpos a uma máquina. No caso do trabalhador com dor nas costas,

experimenta como pegar um peso, explora seus limites e os reconhece. Como um exercício de autonomia, tem satisfação em saber que conseguiu dar conta:

Muitas vezes isto acontece mesmo. Tem dia que eu amanheço com a coluna doendo e tal, corpo doendo... não, eu vou lá, eu tomo um anadorzinho a dor melhora um pouquinho, o corpo esquenta e completou (A4).

Quem sofre de coluna é assim. A minha, se eu ficar parado, dói muito, agora, se eu tô trabalhando, melhora. Não é à toa que eu acordo e levanto logo. Esquentou o corpo... Desde que eu machuquei minha coluna, uns tempos atrás, só dói quando eu estou em casa, quando eu levanto... Acho que é porque eu tô com o corpo relaxado. Vou para o trabalho de bicicleta. Chego lá, pego peso, pego um saco de cimento, pego uma outra coisa. Tem gente que sofre de coluna e não sabe pegar um peso. Eu pego com cuidado, eu observo. Quando você sente uma fisgada, pode deixar aquilo lá que vai cair (A3).

Assim, diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as alternativas citadas são consideradas por esses trabalhadores as primeiras opções que deveriam ser tentadas antes de procurarem USF.

Além disso, alguns ressaltam a importância de a remuneração pelo trabalho, permitir, quando necessário, outras possibilidades de acesso aos cuidados médicos que não seja exclusivamente pelo SUS, mas pelos planos de saúde ou pelo desembolso direto em clínicas privadas:

A gente já tem fixado, por isto que a gente tem que trabalhar, ficou doente é particular, você não vai pelo SUS, que você sabe que só vai agendar para depois de um mês. Depois que você já está fedendo, é que eles vão te atender (V4).

Do jeito que está tá uma bagunça. Chega no posto, não tem médico. Eu não tenho este tipo de paciência. Tenho minhas economias, dá para eu fazer particular, a gente tá aí correndo é para isto. Muitas vezes você chega lá, eles tem má vontade. [Pagar] Tem mais resultado (V2).

Apesar da posse de um plano de saúde privado ser um ideal para quase todos os trabalhadores desses grupos, uma moradora que tem plano de saúde afirma que também tem sido muito difícil conseguir consulta com especialistas pelo plano de saúde privado e que, muitas vezes, prefere ir à USF, pois, além da consulta, ainda tem a oportunidade de conseguir o medicamento. Porém concorda que, em caso de necessidade de internação, quem tem plano tem vantagem:

Mas particular também está assim. Eu fui lá esta semana, porque e tenho plano, adivinha para quando eu marquei? Para abril, para o meu marido. Médico de rins. Eu marquei para primeiro de abril. Marquei para minha menina para médico de vista para dois de julho. No plano, não há quem

güenta, não. Remédio é muito caro. E eles mandam uma renca. O plano é para uma urgência, quando não tem jeito, mas para fazer uma consulta, um exame de fezes, o bom é ir no posto de saúde. A única coisa que o plano favorece nós é ser internada. Aí não tem jeito (V6).

4.4 ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE

Na determinação de necessidades de saúde da população, os aspectos políticos, técnicos, científicos e ideológicos têm de ser levados em conta, pois as implicações para o planejamento são evidentes: por um lado, não há como planejar nos limites setoriais da Saúde Pública; por outro, o planejamento somente se viabiliza na medida em que desenvolve a participação dos movimentos sociais, dos técnicos, dos cientistas e das pessoas interessadas em decidir sobre as condições sociais de sua via (STOTZ, 1991).

Visando a estimular a participação popular no planejamento em saúde, a Lei nº. 8.142, em seu art. 1º, instituiu, como integrantes obrigatórios do SUS, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Essas instâncias colegiadas têm um papel de democratizar a gestão do SUS e fazer com que o gestor ouça a população e submeta suas ações ao controle da sociedade (BARROS, 1994).

Em relação aos Conselhos de Saúde, eles podem ser nacionais, estaduais e municipais. Além disso, nos municípios, existem os conselhos ou comissões locais de saúde que são formados por membros das unidades de saúde e da comunidade local que deve seguir a mesma paridade dos demais. Isso significa dizer: 50% devem ser representantes dos usuários, 25% representantes das entidades dos trabalhadores de saúde e 25% representantes do governo, de prestadores de serviços.

Os conselhos locais de saúde devem estar vinculados às unidades de saúde e destinar-se a possibilitar a participação e colaboração da comunidade no acompanhamento, fiscalização e controle social das ações e serviços de saúde nas áreas de abrangência dessa unidade, visando à melhoria da assistência à saúde prestada à comunidade (FREDERICO; ALBARRACÍN, 2001, apud NERY, 2006).

Em Jardim Carapina, o conselho local da USF foi instituído em 2007, por uma iniciativa da coordenação da unidade. Os representantes da comunidade foram indicados pelo presidente da Associação de Moradores do bairro, sendo composto principalmente por donas de casas. Funcionava uma vez por mês, às 15h, deixando de funcionar após seis meses, deixou de funcionar. Segundo a coordenadora da USF, as pessoas que faziam parte do conselho deixaram de ir, quando perceberam que não teriam direitos diferenciados por participar do conselho. Não parecia haver a consciência que o objetivo do conselho local é lutar por melhorias em saúde da comunidade e não obter vantagens individuais.

Nenhum dos participantes dos grupos citou o conselho local de saúde do bairro, ou parecia ter conhecimento da sua existência.

Segundo Barros (1994), não basta criar uma associação (ou um conselho), mas essa associação tem que ser reconhecida pelos que ela pretende representar. Esse reconhecimento deve ser autêntico e verdadeiro, para que confira legitimidade à representação. Seus membros têm que avalizá-la como entidade capaz de realmente representar seus interesses e suas demandas.

Em relação ao reconhecimento da saúde como direito, esse é um processo que apenas se inicia na sociedade brasileira, que, por décadas, se acostumou a aceitar os direitos sociais como privilégio de alguns (BARROS, 1994). Porém alguns trabalhadores desses grupos têm a consciência de que a saúde é um direito, é o mínimo que o Estado poderia oferecer a quem paga seus impostos:

Exatamente, mas, para conseguir, você teve que dormir [na fila], e é um direito seu. Não deveria nem ter que dormir. Deveria chegar lá e poder marcar, dizer que precisa e conseguir, pois é direito. Infelizmente [em relação a ter que dormir na fila] porque você paga imposto, e tudo tem que pagar, tudo tem que pagar (A1).

Nós pagamos contribuição e nós não temos retorno disto daí. É uma judiação isto aí (V4).

A saúde é obrigatória, eles têm que dar tudo para a gente (V4).

Reconhecem que a comunidade e os brasileiros, de modo geral, não costumam lutar pelo direito de uma assistência à saúde digna.

Deveria lutar mais (V4).

A comunidade não luta por isto não (V1).

Eu acho que a minoria dos brasileiros luta por isto, a minoria (V5).

De acordo com Lima e Moura (2005), no Brasil, a não participação da maior parte da população insere-se na cultura política nacional marcada por pactos de elites e mudanças de cima para baixo. Isso explicaria a dificuldade de implementação de políticas participativas entre os brasileiros ou, pelo menos, a sua lentidão, pois implicaria mudanças culturais significativas.

Ressaltam a necessidade de a comunidade cobrar dos políticos os investimentos necessários em saúde e educação, que são direitos sociais prioritários para a população:

Às vezes, a gente tem que reclamar, pois, enquanto os governantes estão gastando com coisas que não têm tanta necessidade, a prioridade deveria ser educação e saúde. Eu acho que isto tem que estar em primeiro lugar. Sem educação você não é ninguém, sem saúde você também não é ninguém. Campo de futebol pode esperar, galeria pode esperar, praça de lazer pode esperar, porque ninguém vai morrer, se não tiver uma área de lazer. Mas saúde e educação têm que ser prioridade (R3).

O município é responsável por garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos agentes comunitários de saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas (BRASIL, 2006).

Outro problema citado pelos entrevistados é o não cumprimento da carga horária pelo médico, o que deveria ser fiscalizado:

O que eu considero um problema sério em postos de saúde é que o médico chega ali, se tiver pessoas para atender, ele atende, se não tiver, ele volta para casa. Ele chega ali e tem horário... ou melhor ele não tem horário para chegar, melhor dizendo, já começa por ali, ele não tem horário para chegar, chegam 9, 10h. Dá meio-dia, ele quer ir embora e não quer nem saber se tem mais gente. Reagenda aí, e se a agenda estiver volta amanhã, porque ele não fica de sete as cinco? Todo mundo tem horário para trabalhar, por que o médico não tem? (V3).

Ele chega depois e quer sair antes (V4).

Se eu trabalho de sete as cinco,, toda a semana, porque ele não pode trabalhar? É obrigação dele, rapaz, ele ganha para isto. Aí você chega no posto meio-dia e cadê o médico? 'Já foi, volta amanhã'. O cara pode morrer até amanhã. Pelo amor de Deus (V3).

Tinha que ter alguém para fiscalizar (A6).

Cabe ao município, sob o risco de suspensão do repasse de recursos do Piso Atenção Básica variável, assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até oito horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de Medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte (BRASIL, 2006).

Para os entrevistados, uma das maneiras de a comunidade lutar por melhorias nos serviços de saúde é se articular como comunidade. Uma das propostas é fazer reuniões para discutir em grupo as necessidades de saúde da comunidade e pressionar a Secretaria de Saúde para que, após ouvir a sugestão dos moradores, crie projetos que favoreçam a resolução dos problemas do bairro.

[...] Eu acho que, se a gente fizer uma reunião sempre, a gente consegue [melhorias]. A gente nunca teve esta oportunidade de falar sobre isto [necessidades de saúde]. Assim, a gente tem que pegar de coração e juntar mais pessoas para a gente conseguir o que estamos querendo (A7).

Eu estou aqui hoje com este pensamento, que isto cresça raiz entre nós e outros que você já reuniu ou que vai reunir e que a gente tenha uma melhoria nisto aí. É tipo assim, se eu juntar todo mundo aqui, não acontece isto, mas, no meu pensamento, é através da sua idéia de reunir o pessoal, que, quem sabe, cresce esta força (V1).

É uma possibilidade de se manifestar e pedi projetos, abri projetos e mostrar para nós, para favorecer a gente. Eu acho que igual vocês estão fazendo aqui. Eu acho que é pegar os principais problemas e passar para a Secretaria de Saúde, e a Secretaria de Saúde, a partir daí, dar continuidade. O governo, o secretário de saúde (V4).

Quando perguntados sobre a viabilidade de esse tipo de atividade em grupo ser estimulada por profissionais da própria USF, concordam, apesar de afirmarem que eles não o fazem.

Uma das atribuições dos profissionais da ESF é promover e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (BRASIL, 2006).

Para Campos (1994, apud CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006), ampliar a capacidade de autonomia do paciente para melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da sua

doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, fazer com que cada um possa instituir normas que aumentem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida, é o objetivo de todo o trabalho terapêutico.

Matsumoto e Cecílio (2006) trazem, em sua taxonomia de necessidades de saúde, a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida na construção do sujeito. Incorporam idéias do pensamento crítico em Educação em Saúde, sendo um de seus representantes Stotz (1991, apud CECÍLIO, MATSUMOTO 2006, p.47) que, ao defender a necessidade de combinar enfoques diferente da educação em saúde, enfatiza:

Os educadores [...] dirigem-se a indivíduos que para enfrentar seus problemas de saúde devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, adquirir consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao objetivo geral, que foi identificar e analisar as necessidades de saúde na ótica de moradores com diferentes inserções ocupacionais, fizemos um recorte onde estudamos as ocupações mais expressivas, do ponto de vista numérico, entre os moradores, adscritos à Unidade de Saúde da Família estudada.

Coincidindo com o que ocorre, com a força de trabalho brasileira, as trabalhadoras domésticas e os trabalhadores da construção civil foram as categorias mais freqüentes. Portanto, apesar de sustentado em um contexto específico, este estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento sobre esses grupos e favorecer a inserção de ações de Saúde do Trabalhador na atenção básica.

Para a compreensão do primeiro objetivo, nos propusemos a responder a dois outros: a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença-cuidado e a utilização dos serviços de saúde, em especial a USF do bairro.

O estudo mostrou que devido ao menor nível socioeconômico e de escolaridade, não têm muitas escolhas de vida, diante da necessidade de inserir-se precocemente no mercado de trabalho. Apesar de serem ocupações pouco valorizadas socialmente, que apresentam fraca regulamentação institucional e precarização das condições e relações de trabalho, não deixam de despertar o sentimento de dignidade, sobretudo nos homens; entretanto, algumas mulheres relataram sentir vergonha de sua ocupação. Mesmo sendo atividades extremamente penosas, por garantir a sobrevivência individual e da família, agradecem a Deus por esta oportunidade.

A extensa jornada de trabalho permite poucas oportunidades de lazer e de encontros com a família. Desta forma, tornam-se reféns deste trabalho e se vêem impedidos de ascender socioeconomicamente, na medida em que não conseguem estudar e é o estudo que pode possibilitar melhores empregos.

Houve algumas especificidades de gênero: o trabalhador da construção civil mantém o seu papel de provedor, enquanto as trabalhadoras se dividem entre o trabalho fora de casa (complementar ou, as vezes, essencial) e as “obrigações” do lar. Algumas

relataram a autonomia que o trabalho gera como algo prazeroso, mesmo sendo mal remuneradas. Estas diferenças também se destacaram em outros aspectos da relação do trabalho com a vida, como por exemplo, a falta de tempo no cuidado dos filhos parece gerar mais angústia na mulher do que no homem.

Reconhecem que o processo saúde-doença está relacionado, entre outras causas sobrenaturais, à existência de boas condições de vida, em uma compreensão que aponta o caráter intersetorial de sua realização. A religiosidade permite que possam suportar as adversidades do cotidiano. A posse de um corpo saudável, funcionando para labor, coloca em cada um o dever de buscar disposição para o enfrentamento do trabalho.

Identificam muitos riscos ocupacionais aos quais estão expostos e percebem que as empresas tendem a ocultar essa exposição, mantendo-os na ignorância para que não possam contrapor-se a eles e não prejudique a sua imagem perante a sociedade. Quando conhecedores desses riscos, principalmente aqueles que são autônomos, podem controlar melhor a organização do sua atividade e consequentemente esses riscos.

Por outro lado, vários mecanismos de defesa psíquicas e comportamentais contra o sofrimento psíquico, decorrente da percepção dos riscos à vida e a saúde no trabalho, são observados. Talvez o mais comum seja a tendência a minimizar os riscos de acidentes e a mais curiosa àquele ligada a fé, por considerarem que somente Deus pode protegê-los, pois é quem sempre fez isto, dando condições de sobrevivência até então.

Em relação à utilização dos serviços de saúde, as barreiras de acesso e de vínculo, particularmente na atenção básica, da USF do bairro, faz com que não os considerem como um referencial na manutenção da saúde e sim como a única opção, em caso de adoecimento, após outras alternativas (remédios caseiros, auto-medicação) terem falhados e não consigam mais trabalhar.

Apesar de conhecerem seu direito constitucional, não se vêem contemplados na programação e na organização destas unidades, contrariando suas expectativas de que o serviço possa lhes acolher, particularmente na condição de trabalhadores, que precisam manter-se saudáveis.

Diante do cenário apontado, os Prontos Atendimentos continuam sendo a referência, para eles, no cuidado eficiente aos problemas de saúde. Apesar de ser comum ouvirmos, que os usuários continuam querendo entrar pela porta errada (Pronto Atendimentos ou Pronto Socorros), e que são os culpados por sobrecarregar estes serviços, este trabalho nos faz refletir que à lógica do planejamento, não corresponde a lógica dos usuários e que em uma sociedade como a brasileira, carente dos mais diversos tipos de serviços públicos e cada vez mais doente, o acesso à consulta médica realizada de forma imediata, passou a ser um problema premente e direito básico da população.

Desta forma, concordamos com Cecílio (1997) quando defende a idéia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta “base” e aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada.

Em relação à participação popular, nas instancias participativas do SUS, apesar da consciência da saúde como um direito e da necessidade da participação da comunidade na luta pela realização deste direito, de fato, os trabalhadores pesquisados são duplamente penalizados. De um lado, uma inserção profissional extenuante que diminui o espaço e tempo, o “ócio” necessário para o debate político da comunidade. De outro o serviço público de saúde que não cria estas condições de espaço e tempo para que, no âmbito da instância participativa por ele proposta (os conselhos, por exemplo), possam emergir as características da tessitura social em que estão inseridos, onde o trabalho é central.

Na pretensão de levantar algumas questões que possam contribuir para a inclusão de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, mas especificamente na ESF, concordamos com Merhy (2001) que esta estratégia de saúde ou qualquer outra, não é uma questão óbvia, e também, necessariamente não é algo para ser incriminado ou defendido, mas que se constitui hoje em um rico analisador, no campo da saúde, de certas questões, entre elas a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença-cuidado.

Assim a escolha das necessidades de saúde como categoria de análise mais geral, bem como sua operacionalização através dos dois eixos temáticos principais, mostrou-se oportuna, permitindo o reconhecimento de elementos que prejudicam o acolhimento adequado desses trabalhadores pelas USF, os mantendo a margem desse sistema.

Acreditamos que o método sugerido pode ser apreendido pelos profissionais da própria USF e que direcionar estes serviços na lógica da satisfação das necessidades de saúde, na ótica de seus usuários, apresenta um potencial de dar visibilidade ao trabalho como um dos fatores determinante do processo saúde-doença-cuidado, não reduzindo as ações de saúde do trabalhador às dimensões assistenciais e resgatando o papel do trabalhador como o principal protagonista de sua saúde, na construção da integralidade do cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. S. A “**saúde da família**” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.
- ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 531-562.
- ARAÚJO, C.; SCALON, C.I. The gender and the distance between intention and action. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 62, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BELINGUER, G. **A doença**. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- BORGES, A. Impacto do desemprego e da precarização sobre as famílias metropolitanas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 205-222, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2007.
- BRASIL Ministério da Saúde. Acessoria de Comunicação Social. **Lei orgânica da saúde**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 18 abr. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3908/GM, de 30 de outubro de 1998 - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador NOST-SUS. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n.º. 215-E, Seção 1, p. 17, de 10 nov. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 339, de 18 de novembro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção I, p. 21, 19 nov. 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/portarias/Portaria%201339.doc>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, n. 183, Seção 1, 20 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 777/GM, de 28 de abril de 2004 Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 61, Seção 1. 29 mar. 2006a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2068991.xml>>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**: manual de gestão e gerenciamento. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=34943>. Acesso em: 20 maio 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sobre a atualização dos protocolos de notificação compulsória, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/>, Acesso em 10 de janeiro de 2007>. Acesso em: 20 mar. 2008e.

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: 6 maio 2007.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde às demandas socialmente

constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC-ABRASCO, 2005.

CAMBOTA, J. N.; PONTES, P. A. Desigualdade de rendimentos por gênero intra-ocupações. **R. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-350, maio/ago. 2007.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do estado (os trabalhadores em saúde)**. 2004. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – São Paulo, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200700020002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2008.

CAPONI, S. Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006 & lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2008.

CARTA aberta das mulheres. In: FÓRUM ITINERANTE E PARALELO SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2007. Disponível em: <http://www.sof.org.br/_sistema/noticia.php?idNoticia=232 >. Acesso em: 13 mar. 2008.

CECILIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p. 37-50.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, Supl., p. 191-202, 2002.

COUTINHO, M. C.; GOMES, J. S. Sentidos do trabalho: reflexões a partir de uma oficina vivencial desenvolvida com jovens. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <http://gabi.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/Resumo_Sentidos_do_Trabalho_-_Reflexoes....pdf>. Acesso em: 14 fev. 2008.

CRUZ NETO, O. et al. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., Ouro Preto, 2002. **Anais...** Ouro Preto, 2002.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

DALBELLO-ARAÚJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Org.). **Psicologia social: temas em debate**. Vitória: GM Editora; ABRAPSO-ES, 2007.

DALMASO, A. S. W. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: SCHARAIBER, L. B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 2000. DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. (Org). **Sobre o "modelo" japonês**. São Paulo: Edusp, 1993. p. 281-309.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev.bras. Saúde ocup**, v.14, n. 54, p. 7-11, 1986. Disponível em: <Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2008.

DIAS, E. C. A inserção das ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., 2007, Vassouras. **Textos de apoio às Oficinas temáticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 1 CD-ROM.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações em saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, out./dez. 2005.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Relatório SIAMAB: Sistema de Informação de Atendimento Médico Ambulatorial**. Vitória: CRST/ES, 2003.

FACHINI, L.A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J.T.; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Petrópolis: Vozes, 1993. p.33-55

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens:um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.105-109, 2005.

FÓRUM ITINERANTE E PARALELO DOS MOVIMENTOS DE MULHERES SOBRE PREVIDÊNCIA SOCIAL (FIPPS). **Documento final**. Brasília, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GOLDANI, A. M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Rev. Bras. Est. Popul**, v.19, n.1, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol19_n1_2002/vol19_n1_2002_2artigo_29_48.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2008.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

HASSEN, M.N. Os grupos focais de intervenção no projeto sexualidade e reprodução. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 159-177, jun. 2002.

HOEFEL, M.G.; DIAS, E.C.; SILVA, J.M. A atenção em Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: 3ª CNST: "TRABALHAR SIM! ADOECER, NÃO!", 3., 2005. **Anais....** Brasília, 2005. p. 72-77.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Brasília, 2000.

IRIART, J. A. B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2008.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. **Economia da saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

KRUEGER, R. **Focus groups: a practical guide for applied research**. London: Sage, 1994.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2008.

LACAZ, F. A. C. Conhecimentos e práticas em trabalho-saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-60. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 93-103, 2007.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.7-19, 1997.

LAURELL, A. C.; NORUEGA, M. **Processo de produção e saúde: o desgaste operário**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; São Paulo: HUCITEC, 1989.

LAUTIER, B.; PEREIRA, J.M. Representações sociais e construção do mercado de trabalho: empregadas domésticas e operários da construção civil na América Latina. **Cad. CRH**, Salvador, v. 21, p. 125-151, 1994.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. **Trabalho atípico e capital social**: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Soc. Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v20n1/v20n1a06.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2008.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do projeto vida e acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MANDÚ, E.N.T.; SILVA, G.B. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 15-21, ago. 2000.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2005.

MEDEIROS, J. A. D. M.; RODRIGUES, C. L. P. A existência de riscos na indústria da construção civil e sua relação com o saber operário. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 21., 2001. **Anais...** Salvador, 2001. 1 CD-ROM.

MENDES, R. **Determinantes sociais do processo saúde-doença e trabalho**. 2007. Palestra realizada na ENSP, Rio de Janeiro, 15 out. 2007. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/noticias/index.cfm?matid=6725>>. Acesso em: 3 dez. 2007

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, out. 1991.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Debates**, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates3.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2008.

MERHY, E. E. et al. Um dos grandes desafios do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: _____. **O trabalho em saúde**: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: HICETEC, 2003

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC-Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2008.

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 42, p. 40-44, 1994.

MOREIRA, M. I. G. B. **Diagnóstico em saúde como instrumento de Programa Saúde da Família**: uma possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição dos sujeitos? 2001. 2003 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família no município de Jequié – BA**: em busca de uma tradução. 2006. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cad. Pesq. Adm.**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.150-156, abr./jun. 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. Alma-Ata, URSS. Alma-Ata (URSS): OPAS, 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2007.

OTANI, K. Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

OTANI, K.; CIP; GEIAR. Cenário e estratégias em saúde do trabalhador no SUS/SP. **BEPa Bol. Epidemiol. Paul.**, São Paulo, ano 1, n. 4, abr. 2004. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa4_st.htm>. Acesso em: 10 mar. 2008.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. 2004. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=149&tpl=view_participantes>. Acesso em 10 dez. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e. espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R. S. et. al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2008

POLDI, R. M. V. **Perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho de usuários das Unidades de Saúde da Família da Serra-ES**. 2007. Monografia (Especialização em Odontologia do Trabalho) – Associação Brasileira de Odontologia-Seção ES, Vitória, 2007.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 30 set. 2007.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

RODRIGUES, A. M. **Operário, operária**: estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo. São Paulo: Símbolo, 1978.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das “relações” entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTANA, V. et al. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 65-74, 2003

SANTANA, V.S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 797-811, 2004.

SANTOS, A. A. C. **“Trappura” – trabalho informal, precário ou perigoso**: abordagem de ação coletiva por uma equipe de saúde da família, em Uberlândia – MG. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. 1 CD-ROM.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. **A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)**: contexto, estratégias e desafios. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., 2007, Vassouras. **Textos de apoio às Oficinas temáticas**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2007. 1 CD-ROM.

SANTOS, L. **Saúde do trabalhador**: conflito de competência, União, Estados e Municípios. Brasília: MS/OPAS, 2001.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 276-286.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária – E.P.U.; Editora Universidade de São Paulo – EDUSP, 1975.

SERRA (Espírito Santo). Prefeitura Municipal. **Serra: perfil socioeconômico**. Serra, 2007.

SILVA, Z. P.; BARRETO JÚNIOR, I. F.; SANT'ANA, M.C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2008.

SOARES, S. S. D. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras**. Brasília: IPEA, 2000. 25 p (Texto para discussão, nº. 769).

SOUZA, L. N. **Uma análise da inserção feminina no mercado de trabalho da RMS: uma leitura a partir dos dados da PED**. 2001. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C. M. F. et al. (Org.) **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 1, p. 284-299.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área do planejamento em saúde)**”. 1991. 513 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl 2, p. S190-S198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface Comun., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p. 225- 264, 2005.

WERNER, R. C. D. **Realidades e perspectivas da assistência a saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

APÊNDICE A – Breve Apresentação do Município da Serra-ES

A Serra faz divisa com os municípios de Vitória, Cariacica, Santa Leopoldina e Fundão. Está dividida em cinco distritos: Carapina, Queimado, Calogi, Sede e Nova Almeida.

Até os anos 60, a Serra tinha base econômica rural, sem ter muito significado na economia da Grande Vitória. A partir da segunda metade da década de 60, o município começou a receber investimentos e a desenvolver seu parque industrial. Essa mudança de perfil teve como fatores desencadeantes, dentre outros, a reorientação do sistema de exportação de minério de ferro da Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), a expansão industrial, com a construção do Centro Industrial de Vitória (CIVIT) e a construção do Porto de Tubarão.

A Serra concentra atualmente o maior parque industrial metropolitano e estadual, sendo destaque as regiões de Carapina e Laranjeiras, principalmente devido à localização da Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST), dos CIVIT I e II e do Terminal Industrial Multimodal da Serra (TIMS). Vem se destacando com o crescimento no setor de mármore e granito. No entanto, as atividades de comércio de varejo e atacado, serviços industriais e pessoais (saúde e educação) e o turismo, também são atividades bastante desenvolvidas no município.

As atividades de comércio e serviços no município da Serra são recentes. Desenvolvidas nas últimas décadas, encontram-se em expansão diante de seu potencial de consumo. Os serviços de apoio à atividade industrial apresentam-se mais bem estruturados, como armazenagem e logística de transportes e, recentemente, os serviços voltados para o apoio ao comércio exterior.

Apesar da Serra concentrar atualmente o maior parque industrial do Estado, não há um programa específico para a classe trabalhadora. O encaminhamento para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ES (CRST-ES), para investigação de nexos causais de doenças ocupacionais, somente é feito se o profissional que realiza o atendimento tiver alguma informação sobre o CRST. Dos atendimentos realizados no CRST, a Serra se destacou com o maior número de munícipes atendidos no período de 1999 a 2002 (ESPÍRITO SANTO, 2003).

O município da Serra é o segundo do Espírito Santo em população, tendo sido contabilizados, no censo do IBGE de 2000, 330.874 habitantes, o que representava 23,2% da população da Região Metropolitana da Grande Vitória e 10,7% da população do Estado (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2007).

Estima-se que, utilizando a taxa de crescimento populacional do IBGE – 3,53 % ao ano (para o período 2000-2006), em 1º de julho de 2006, a Serra tinha 407.448 habitantes, dessa forma, tanto em 2000 quanto em 2006, aparece como o segundo maior município capixaba em população (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2007).

O crescimento econômico, urbano e, sobretudo, populacional legou ao município uma série de problemas sociais, tais como: alto índice de desemprego, baixo nível de escolaridade e renda, déficit habitacional e alto índice de violência.

Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município estava, no ano de 2000, entre as regiões consideradas de médio índice de desenvolvimento humano (IDH), entre 0,5 e 0,8.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pela Organização das Nações Unidas (ONU), representa uma alternativa para avaliar a qualidade de vida. O IDH é construído com base em três variáveis: longevidade, educação e renda. A partir dele, foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M).

A Serra está na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e o atual perfil das práticas em saúde corresponde a duas modalidades: modelo “clássico” e equipes de ESF.

O município da Serra assinou com o Ministério da Saúde (MS) a carta de compromisso do Projeto de Expansão e Consolidação da estratégia de Saúde da Família (PROESF), para receber incentivos financeiros através do Ministério da Saúde/ Banco Mundial, a fim de organizar e fortalecer a atenção básica em saúde. O município deve estar em contrapartida, até o ano de 2007, com 75% da população coberta com o ESF (PMS, 2007). Mas, ao analisarmos o histórico de implementação da ESF e da EAC na Serra, podemos perceber que será muito difícil atingir ainda

neste ano essa cobertura. A Serra tem tido dificuldades de ampliação da cobertura das equipes.

No Quadro 1, são apresentadas as Unidades de Saúde da Família do município de Serra segundo o bairro de instalação da unidade, número de identificação das equipes, número de equipe, situação (ESFs ou EACs), número de agentes comunitários e número de equipes com Odontologia.

Bairro	Identificação das equipes	Nº. de equipes	Situação	Agentes	Equipe c/ Oontologia
Boa Vista	01	01	ESF	08	-----
Jardim Carapina	02	02	ESF	15	02
	03				
Central Carapina	04	02	ESF	14	-----
	05				
Carapina Grande	06	03	ESF	22	01
	07				
	08				
André Carlone	09	02	ESF	14	02
	10				
Jardim Tropical	11	03	ESF	27	-----
	12				
	13				
José de Anchieta	14	04	ESF	28	02
	15		ESF		
	16		EAC		
	17		ESF		
Barro Branco/Mestre Álvaro	18	01	ESF	07	-----
Campinho da Serra I e II	19	01	ESF	05	-----
Nova Carapina I	20	02	ESF	16	01
	21				
Nova Carapina II	22	02	ESF	12	01
	23				
Pitanga	24	01	EAC	03	-----
Laranjeiras Velha	25	01	ESF	05	-----
Taquara I	26	01	ESF	08	-----
Taquara II	27	01	ESF	06	-----
Planalto Serrano	28	04	EAC	30	-----
	29				
	30				
	31				

Quadro 1- UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SERRA-ES, 2007

Fonte: Núcleo de Controle e avaliação da ESF do município da Serra referente a 18 de janeiro de 2007

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo Focal

Sr.(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“Necessidades de saúde na ótica de trabalhadores adscritos a uma unidade de saúde da família, no município da Serra-ES”**. Este projeto tem como temática as necessidades de saúde das pessoas, com diferentes inserções no mercado de trabalho, moradores de uma área adscrita a uma Unidade de Saúde da Família do município da Serra-ES. Tem por objetivo ampliar as possibilidades de operacionalização das ações em Saúde do Trabalhador na atenção básica do SUS, sobre uma lógica que possibilite a integralidade da assistência à saúde.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nos grupos que serão realizados com pessoas de diferentes inserções no mercado de trabalho. As discussões em grupo serão gravadas em fitas eletromagnéticas que serão posteriormente transcritas.

Sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa. Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária, portanto você não será pago por sua participação. Você poderá 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 e retirar sua participação, você não será punido, nem perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Não haverá nenhum custo a você relacionado com os procedimentos deste estudo. As informações e opiniões emitidas por você não lhe causarão nenhum dano, risco ou ônus e será assegurado o seu sigilo e anonimato.

Se você ou seus parentes tiverem alguma dúvida com relação à pesquisa, aos direitos dos usuários, ou no caso de danos associados à pesquisa, você deverá contatar o pesquisador (Roberta Melo Vello Poldi, Tel.: 99323217 ou 32276867) ou o orientador da pesquisa (Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, Tel. 33253797).

Se você tiver dúvida sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você poderá 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 tel. 3335-7287. O CEP é formado por 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.

Atenciosamente,

Dr. Luiz Henrique Borges

Prof. Dr. Do Programa de Pós –
Graduação em Saúde Coletiva da
UFES

Orientador

Telefone: (27) 33253797

Luiz.henrique.borges@terra.com.br

Roberta Melo Vello Poldi

Mestranda do Programa de
Pós – Graduação em Saúde Coletiva da
UFES

Pesquisadora

Telefone: (27) 33253022

robvello@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO

Eu, _____, aceito participar do grupo da pesquisa "***Necessidades de saúde na ótica de trabalhadores adscritos a uma unidade de saúde da família, no município da Serra-ES***" em data e local a serem definidos antecipadamente. Estou ciente de que o grupo será gravado, seus resultados tratados com sigilo e os dados também podem ser usados para publicações científicas sobre o assunto. 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, e tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

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

Serra, _____ de _____ de 2008

Assinatura

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação
de Menores de 18 Anos nos Grupos Focais**

Sr.(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“Necessidades de saúde na ótica de trabalhadores adscritos a uma unidade de saúde da família, no município da Serra-ES”**. Este projeto tem como temática as necessidades de saúde das pessoas, com diferentes inserções no mercado de trabalho, moradores de uma área adscrita a uma Unidade de Saúde da Família do município da Serra-ES. Tem por objetivo ampliar as possibilidades de operacionalização das ações em Saúde do Trabalhador na atenção básica do SUS, sobre uma lógica que possibilite a integralidade da assistência à saúde.

Assim, gostaríamos de contar com a participação de _____ nos grupos que serão realizados com pessoas de diferentes inserções no mercado de trabalho. As discussões em grupo serão gravados em fitas eletromagnéticas que serão posteriormente transcritas.

A colaboração dele(a) será muito importante para a realização da pesquisa. A decisão em participar desta pesquisa é voluntária, portanto você não será pago devido a participação dele(a). Você poderá decidir não permitir que ele(a) participe da pesquisa. Uma vez que você permita que ele(a) participe da pesquisa, você pode retirar seu consentimento e a participação dele(a) a qualquer momento. Se você decidir que ele(a) não continuará e retirar a participação dele(a), você e/ou ele(a) não serão punidos, nem perderão qualquer benefício ao qual vocês têm direito. Não haverá nenhum custo a você relacionado com os procedimentos deste estudo. As informações e opiniões emitidas por ele(a) não lhes causarão nenhum dano, risco ou ônus e será assegurado o seu sigilo e anonimato.

Se você ou seus parentes tiverem alguma dúvida com relação à pesquisa, aos direitos dos usuários, ou em caso de danos associados à pesquisa, você deverá

contatar o pesquisador (Roberta Melo Vello Poldi, Tel.: 99323217 ou 32276867) ou o orientador da pesquisa (Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, Tel. 33253797).

Se você tiver dúvida sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você poderá 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 é constituído 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.

Atenciosamente,

Dr. Luiz Henrique Borges

Prof. Dr. Do Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva da
UFES

Orientador

Telefone: (27) 33253797

Luiz.henrique.borges@terra.com.br

Roberta Melo Vello Poldi

Mestranda junto ao Programa de
Pós Graduação em Saúde Coletiva da
UFES

Pesquisadora

Telefone: (27) 33253022

robvello@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO

Eu, _____,
permito que _____
participe do grupo da pesquisa "***Necessidades de saúde na ótica de trabalhadores adscritos a uma unidade de saúde da família, no município da Serra-ES***" em data e local a serem definidos antecipadamente. Estou ciente de que o grupo será filmado, seus resultados tratados com sigilo e que os dados também podem ser usados para publicações científicas sobre o assunto. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a participação dele a qualquer momento, sem dar uma razão. Eu entendi a informação apresentada neste Termo de Consentimento e tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

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

Serra, _____ de _____ de 2008

Assinatura

APÊNDICE D – Roteiro para as Sessões de Grupo Focal

1º Momento : Aquecimento

- a) Há quanto tempo moram no bairro?
- b) Falem um pouquinho da história de vocês no bairro. Quando vieram, por que vieram morar aqui?
- c) No que trabalham as pessoas deste bairro?

2º Momento: Relação entre o trabalho e o processo saúde/doença

- a) O que este trabalho significa para vocês?
- b) Quantas horas por dia vocês trabalham?
- c) De que maneira isso interfere na vida de vocês? Vocês têm tempo para outras atividades? (família, lazer, descanso, estudo, etc.)
- d) Como fazem a atividade de trabalho?
- e) Para vocês, o que é saúde? E doença?
- f) Alguma coisa na rotina de trabalho de vocês pode prejudicar a saúde? O quê?
- g) Que problemas referente à saúde vocês têm tido ultimamente?
- h) Vocês acham que esses problemas têm a ver com a sua atividade de trabalho?

3º Momento: Necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde, especialmente a USF do bairro

- a) Quando vocês ficam doentes o que fazem? (resgatar os problemas de saúde citados).
- b) Procuram algum serviço de saúde? Qual? Por quê? Esse serviço que vocês procurem tem dado resultado?
- c) Em que momento (quando? por quê?) isso se tornou um problema ou uma necessidade na vida de vocês? (Que afeta o seu viver)
- d) O que fazer para que isso de fato deixe de ser um problema de saúde? (Quais as necessidades de saúde estão relacionadas com esse problema?) Do que vocês necessitam para resolver esse problema de saúde?
- e) Vocês são cadastrados na USF? Conhecem o ACS e a equipe responsável pela área em que vocês moram? (Estavam em casa no momento da visita do agente de saúde?)
- f) Vocês procuram a USF? Quando vocês procuram a USF são atendidos?
- g) Vocês participam de alguma atividade desenvolvida pela USF? Qual? De que maneira?

4º Momento: Fechamento

- a) Como vocês acham que a USF poderia ajudar a resolver as necessidades de saúde de vocês?

APÊNDICE E – Participantes dos Grupos Focais

Tabela 1 – Identificação dos sujeitos componentes dos grupos focais, por grupo em relação à idade, sexo e ocupação. Serra-ES, 2008

Grupo	Sujeito componente dos grupos	Idade em anos	Sexo	Tempo de residência em anos	Ocupação
Rosa	R1	34	F	11	Diarista
	R2	34	F	22	Diarista
	R3	23	F	05	Doméstica
	R4	27	F	10	Doméstica
	R5	28	F	20	Doméstica
	R6	47	F	11	Doméstica
	R7	26	F	11	Diarista
	R8	31	F	05	Doméstica
	R9	31	F	21	Doméstica
	R10	42	F	19	Doméstica
	R11	58	F	20	Diarista
	R12	26	F	20	Diarista
	R13	41	F	23	Aux. serv. gerais
Azul	A1	49	M	21	Entregador de material de construção
	A2	55	M	17	Pedreiro
	A3	53	M	20	Pedreiro
	A4	49	M	15	Pedreiro
	A5	46	M	15	Pedreiro
	A6	59	M	9	Aposentado
	A7	34	M	10	Ajudante de pedreiro
	A8	35	M	8 a 10	Ajudante de pedreiro
	A9	26	M	Menos de 1 ano	Pedreiro
	A10	50	M	19	Pedreiro
	A11	34	M	20	Pedreiro
	A12	38	M	8 a 9	Pedreiro
	A13	15	M	2	Ajudante de pedreiro
	A14	15	M	6	Ajudante de pedreiro
	A15	48	M	17	Carpinteiro
Verde	V1	45	M	12	Pedreiro
	V2	55	F		Diarista
	V3	28	M	17	Pedreiro
	V4	29	M	Menos de 1 ano	Pedreiro
	V5	58	M	Menos de 1 ano	Pedreiro
	V6	39	F	16	Diarista
	V7	49	F	22	Doméstica

**ANEXO – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de
Ciências da Saúde**



505
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 31 de outubro de 2007

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

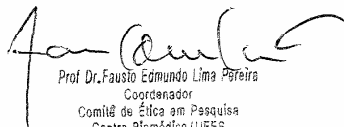
Para: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Necessidades de saúde na ótica de trabalhadores adscritos a uma Unidade de Saúde da Família, no município da Serra-ES”**

Senhor Pesquisador,

Informamos à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Protocolo de Pesquisa, **No. de Registro no CEP-095/07**, intitulado: **“Necessidades de saúde na ótica de trabalhadores adscritos a uma Unidade de Saúde da Família, no município da Serra-ES”** 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 31 de outubro de 2007.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável 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 IUPERJ

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504