

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JORDANA FERNANDES RIBEIRO AMORIM DE SOUSA

**HORÁRIO ESPECIAL PARA ATENDIMENTO DOS  
TRABALHADORES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE UBERLÂNDIA/MG**

UBERABA– MINAS GERAIS  
2014

JORDANA FERNANDES RIBEIRO AMORIM DE SOUSA

**HORÁRIO ESPECIAL PARA ATENDIMENTO DOS  
TRABALHADORES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE UBERLÂNDIA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Cristina Caetano de Morais Silva

JORDANA FERNANDES RIBEIRO AMORIM DE SOUSA

**HORÁRIO ESPECIAL PARA ATENDIMENTO DOS  
TRABALHADORES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE UBERLÂNDIA/MG**

Banca Examinadora:

Dr.<sup>a</sup> Luciana Cristina Caetano de Morais Silva  
Ms. Fernanda Carolina Camargo

**Aprovado em Belo Horizonte** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

A saúde no Brasil passou por significativas mudanças ao ser definida como direito do cidadão a partir da Constituição Federal de 1988. Garantia de acesso aos serviços de saúde assegurados por lei e mudança no modelo assistencial, através da estratégia saúde da família, são destaques dentre esses avanços. Contudo, há lacunas na integralidade do acesso aos serviços de saúde pelo trabalhador. Presente trabalho tem por objetivo analisar perfil dos trabalhadores adscritos em uma unidade de saúde de família de Uberlândia/MG, bem como, propor um plano de intervenção. A partir dessas análises, observou-se a necessidade da criação de horário alternativo de atendimento junto à população de trabalhadores pertencentes à Unidade Saúde da Família Ipanema I, Uberlândia/MG. Utilizou-se, na metodologia, conceitos do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde, como a estimativa rápida, uma coleta de dados a partir das informações presentes nas fichas das agentes comunitários de saúde e das suas observações por meio das visitas domiciliares. Realizou-se, ainda, levantamento bibliográfico sobre o tema nas bases LILACS, SCIELO. A análise da literatura indicou a existência de leis que garantem o direito à saúde a toda a população, contudo, tal direito às vezes encontra dificuldades para a sua efetivação. Sobre a população atendida pela unidade abordada, identificou-se a necessidade da criação de horário especial para atendimento dos trabalhadores, pois parte da população possui dificuldades em comparecer às consultas em horário comercial. Portanto, a necessidade de um horário estratégico para estes trabalhadores constitui-se como caminho importante para o atendimento integral à saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Direito e Saúde. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

Health in Brazil has undergone significant changes to be defined as a citizen's right from the Federal Constitution of 1988. Ensuring access to health services provided by law and the change in service model, through the family health strategy, are highlights among these advancements. However, there is still a gap with regard to the completeness of access to health services on the part of the worker. This work has for objective to analyze the demographic profile of the workers, as well as the health problems present in enrolled population in a family health unit in the municipality of Uberlândia/MG. From the analysis of the profile of the workers and of their health problems, noted the need to study the creation of an alternative schedule of attendance and elaborate a project of intervention for execution by the population of workers belonging to the family health Unit Ipanema I, in the municipality of Uberlândia – MG. using the rapid assessment methodology, as well as, a collection of data from the information present in the schedules of the communitarian agents of health and of their observations through home visits. There was also a bibliographic survey on the topic in the databases LILACS, SCIELO and in articles, dissertations, theses and books. Reading and analysis of the literature indicated the existence of laws that guarantee the right to health care to the entire population, however, such right sometimes you find difficulties to their effectuation. In relation to the population served by the unit approached, identified the need for the creation of a special schedule of assigned area worker service, once part of the population has difficulties in attending to queries during business hours for reasons of work. Therefore, the need for a strategic time for these workers is important path to the full service to worker's health.

**Keywords:**Occupational Health. Right to Health. Family health program.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>UAPSF</b>	Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Área de abrangência da USPSF Ipanema I, Uberlândia/MG, 2013.....09

Quadro 1- Perfil demográfico da população atendida pela UAPSF Ipanema I, Uberlândia/MG, 2013.....11

Quadro 2 - População com doenças cadastradas no SIAB por microárea, Uberlândia/MG, 2013.....12

Quadro 3 - Proposta de Intervenção para a criação de horário especial de atendimento aos trabalhadores da UAPSF Bairro Ipanema I, Uberlândia/MG, 2013.....24

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Atenção à Saúde do Trabalhador Na UAPSF Ipanema I .....	13
2 OBJETIVOS .....	14
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	14
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS .....	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1 Considerações sobre a saúde no Brasil.....	17
4.2. Saúde do Trabalhador.....	20
5 RESULTADOS .....	22
5.1 Caracterização do BairroIpanema .....	22
5.2 Projeto de Intervenção .....	24
6 DISCUSSÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
REFERÊNCIAS .....	28

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde enquanto um direito do cidadão vem sendo defendida no Brasil desde a década de 1970. É com o movimento de reforma sanitária que as discussões em torno da saúde como direito consolidou-se e instigou em nosso país, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta representou um marco e legitimou, por meio da Constituição Federal de 1988, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Determinou, ainda, que a saúde deve ser garantida “[...] mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196). Além disso, criou-se e definiu as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) em atividades que deverão englobar a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, cabe ao Estado assegurar que todos tenham acesso a um tratamento humanizado e integralizado que busque atender as demandas de saúde, valorizando práticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde em níveis primários.

No entanto, para Dias, Bertolini e Pimenta (2001 p. 138) “a atenção em saúde é recente no sistema público de saúde brasileiro e mesmo com a implantação do SUS ainda não houve extensão de cobertura capaz de garantir acesso à maioria dos trabalhadores acometidos por agravos relacionados ao trabalho”. As autoras também afirmam que para a construção de um sistema como o proposto pelo SUS, que tem como base a universalidade e integralidade de assistência, é bastante complexa. Quando se trata da saúde do trabalhador, reiteram as autoras, essa complexidade é ainda maior, por causa de fatores como a tensão capital-trabalho, os embates políticos em nível municipal, a falta de conhecimento de alguns gestores do SUS quanto às concepções e ações de saúde do trabalhador, despreparo de profissionais da saúde para desenvolver ações nessa área, entre outros.

Dias, Bertolini e Pimenta (2001 p. 141) assinalam que a Estrutura Saúde da Família tem auxiliado nesse processo de construção e na ampliação da assistência em saúde do trabalhador, uma vez que “[...] propicia o envolvimento da equipe com seu território e com a clientela adscrita, de maneira a responsabilizar-se por todos os problemas da sua região, entre os quais se inclui o trabalho”.

Nesse sentido, promover a saúde em territórios constituídos notadamente da classe trabalhadora significa assegurar o seu acesso aos serviços públicos de saúde, conforme suas necessidades. O Bairro Jardim Ipanema localizado no setor leste do município de Uberlândia/MG, é um exemplo desse tipo de território.



Embora não haja registros impressos sobre a criação da Unidade de Saúde, ao dialogar com as ACSs, as mesmas relataram que a unidade existe há mais de dez anos, sendo que em setembro de 2003 ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família. Freitas e Ramires(2005) assinalam que, antes de 2002, a UAPSF Ipanema I era classificada como Posto de Saúde, e pertencia ao posto Custódio Pereira. Em 2002, o referido Posto foi transformado em Unidade Básica de Saúde, o que garantiu a sua autonomia.

Atualmente, a Unidade de Saúde Ipanema I possui uma de equipe saúde da família e uma equipe de saúde bucal, contando com: uma médica, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis ACS, dois dentistas, três técnicos de higiene bucal, uma assistente social, uma psicóloga, um auxiliar de serviços gerais. O horário de atendimento é das 7h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00. Às quintas-feiras, o atendimento é realizado até às 15h00 em razão da reunião da equipe.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a quantidade de equipes é estipulada de acordo com a população cadastrada. Cada equipe deve ter, minimamente, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Cada agente é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas. Além disso, é preciso respeitar o número máximo de 12 ACS por equipe de Saúde da Família e o número de pessoas por equipe. Para fins de organização e logística, estas equipes acompanham um número definido de famílias, de acordo com uma área geográfica delimitada; são os chamados recortes territoriais, que correspondem à área de atuação das equipes, podendo compreender um bairro todo, parte de um bairro, ou vários bairros. Pode também englobar várias localidades, incluindo-se a população de áreas rurais. Ao conjunto de famílias adscritas atendidas por agente de saúde, dá-se o nome de microárea, correspondendo a um total de 450 a 750 habitantes. Assim, o agrupamento de microáreas é que forma a área de atendimento da Equipe Saúde da Família(BRASIL,2013).

A UAPSF Ipanema I é composta por seis microáreas que abrangem todo o bairro Jardim Ipanema e um condomínio. É uma área vasta e bastante populosa. A comunidade possui vários aparelhos sociais, ou seja, instrumentos públicos de organização e manutenção das necessidades sociais básicas da população atendida.

Em relação aos serviços de atenção à saúde, existem no bairro duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPSF Jardim Ipanema I e UAPSF Jardim Ipanema II, que abrange 50% do Bairro Jardim Ipanema); dois centros de referência em especialidades (Gastroenterologia, Urologia, Endocrinologia, Cardiologia geral, Arritmia, Marca passo, Cirurgia geral, Angiologia, Dermatologia, Proctologia, Nefrologia, Odontologia e Pronto

Atendimento. Exames: Eletrocardiograma, Esteira, Holter, Mapa de pressão Arterial); duas escolas públicas (a Escola Estadual Jardim Ipanema, responsável pela oferta de ensino fundamental e a Escola Municipal de Educação Infantil Cora Coralina); e uma Ong Casa, que oferece atividades recreativas para as crianças da comunidade).

Existem também duas instituições privadas destinadas a idosos, sendo que em uma delas os pacientes recebem atendimento psicológico e fisioterapêutico duas vezes por semana e médico uma vez por semana. A maioria das famílias desses idosos tem convênio médico, não utilizando os serviços da unidade de saúde. Na outra instituição destinada a idosos não existe equipe de psicólogo, fisioterapeuta e médico. A família é responsável por levá-los aos serviços de saúde públicos.

Em relação ao perfil demográfico da população atendida pela UAPSF Ipanema I, de acordo as fichas cadastrais dos ACS, existe uma população de 4821 pessoas cadastradas, sendo que destes, apenas 551 (14,93%) têm plano de saúde.

**Quadro 1.** Perfil demográfico da população atendida pela UAPSF Ipanema I, Uberlândia/MG, 2013.

Grupos	Faixa Etária	Feminino	Masculino	Subtotal
<b>Crianças</b>	< 1 ano	34	30	64
	1 a 4	153	137	290
	5 a 9	183	214	397
	<b>Subtotal</b>	<b>370</b>	<b>381</b>	<b>751</b>
<b>Adolescentes</b>	10 a 14	195	197	392
	15 a 19	193	205	398
	<b>Subtotal</b>	<b>388</b>	<b>402</b>	<b>790</b>
<b>Adultos</b>	20 a 24	200	203	403
	25 a 29	195	188	383
	30 a 34	215	193	408
	35 a 39	203	203	406
	40 a 44	157	195	352
	45 a 49	171	143	314
	50 a 54	131	117	248
	55 a 59	124	94	218
<b>Subtotal</b>	<b>1396</b>	<b>1336</b>	<b>2732</b>	
<b>Idosos</b>	60 a 64	76	71	147
	65 a 69	73	69	142
	70 a 74	51	45	96
	75 a 79	30	41	71
	>= 80	63	29	92
<b>Subtotal</b>	<b>293</b>	<b>255</b>	<b>548</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>2447</b>	<b>2374</b>	<b>4821</b>

FONTE: Fichas cadastrais das ACS da UAPSF Ipanema I, 2013.

Conforme discussões realizadas durante a reunião em equipe, as agentes comunitárias de saúde informaram que a maioria dessa população trabalha em outros bairros, o que tem dificultado o seu comparecimento às consultas, em razão da necessidade de deslocamento entre bairros. Nesse sentido, a equipe estabeleceu como meta a necessidade de realizar uma busca ativa para identificar quais os trabalhadores que necessitariam de atendimento em horário alternativo.

Das doenças cadastradas no Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) segundo cada microárea, destacam-se os casos de diabetes melitus (DM), com 127 casos e hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 489 casos, conforme podemos observar no quadro abaixo.

**Quadro 2.** População com doenças cadastradas no SIAB por microárea, Uberlândia/MG, 2013.

Doenças	Microárea 01	Microárea 02	Microárea 03	Microárea 04	Microárea 05	Microárea 06	TOTAL
<b>HAS</b>	80	57	86	93	62	111	<b>489</b>
<b>DM</b>	23	18	16	30	13	27	<b>127</b>
<b>D. Chagas</b>	0	0	1	3	0	0	<b>4</b>
<b>Tuberculose</b>	0	2	0	0	0	0	<b>2</b>
<b>Hanseníase</b>	0	0	1	0	2	0	<b>3</b>
<b>Malária</b>	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Alcoolismo</b>	5	2	3	2	4	4	<b>20</b>
<b>Epilepsia</b>	2	1	4	4	0	2	<b>13</b>
<b>Deficiência Física</b>	3	3	5	0	0	1	<b>12</b>

FONTE: Fichas cadastrais das ACS da UAPSF Ipanema I, 2013.

A área de abrangência da equipe comporta seis microáreas, conforme disposto na página 10 desse trabalho.

### 1.1 Atenção à Saúde do Trabalhador Na UAPSF Ipanema I

**Descrição do Problema:** Para a realização do diagnóstico da UAPSF Ipanema I utilizou-se a metodologia da Estimativa Rápida que constituiu em reuniões com as seis

Agentes Comunitária de Saúde (ACS) da Unidade com o objetivo de colher informações sobre a área adscrita que nos permitisse identificar o perfil demográfico da população. Objetivou-se, também, identificar os principais problemas de saúde da área por meio dos registros das ACS e de suas observações ativas decorrentes do diálogo cotidiano com os usuários, durante as visitas domiciliares. Dentre os vários problemas identificados, observou-se que a ausência de um horário específico para o trabalhador era uma grande barreira ao cuidado dessa população. Paralelamente, a demanda espontânea preenchia quase a totalidade da agenda médica, sendo que, por isso, grande parte dos hipertensos e diabéticos cadastrados, não tinha acesso às consultas de controle e acompanhamento.

**Explicação do problema:** Apesar dos problemas citados, a ausência de horário especial para atendimento aos trabalhadores foi considerada pela equipe como prioridade.

A maioria dos trabalhadores da clientela adscrita é provedora de família. Constatou-se que seu horário de trabalho é compatível com o horário de atendimento da unidade de saúde. Tal compatibilidade de horários desestimula e, às vezes, transforma-se em uma barreira para a participação desses usuários nos grupos de promoção de saúde e consultas médicas. Conseqüentemente, os cuidados com a saúde, muitas vezes, acabam ficando em segundo plano, o que poderia acarretar situações de agravamento.

A introdução de um horário especial para os trabalhadores da comunidade Ipanema I oportunizaria acesso aos serviços de saúde compatível com suas necessidades e, assim, garantiria uma melhor efetivação do direito à saúde dessa população.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Elaborar um plano de intervenção para a implantação de um horário estratégico para o atendimento dos trabalhadores da referida área de abrangência.

### **Objetivos Específicos:**

- Realizar levantamento bibliográfico sobre o tema;
- Identificar o perfil demográfico da população adscrita na UAPSF Ipanema I;
- Identificar os problemas de saúde da população adscrita na UAPSF Ipanema I;
- Propor estratégias para acesso dos trabalhadores às ações de saúde ofertadas pela UAPSF Ipanema I

### 3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência da autora, de sua atuação junto a uma equipe de saúde da família, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada é aquela definida como uma situação passível de transformação.

Uma situação constitui-se em um espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.25).

Para o desvelamento desta realidade utilizou-se da técnica da Estimativa Rápida, que contemplou uma coleta de dados a partir das informações presentes nas fichas das agentes comunitárias de saúde e relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013), bem como das observações por meio das visitas domiciliares (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Realizou-se, ainda, levantamento bibliográfico nas bases de registros de bibliografias eletrônicas: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS) - disponível em <http://lilacs.bvsalud.org/>, e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) – disponível em <http://www.scielo.br/?lng=pt>, a partir dos descritores: saúde do trabalhador, direito e saúde, programa saúde da família. Foram consultados, ainda, artigos, dissertações, teses e livros referentes ao acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde e, a inclusão das produções foi definida conforme crivo da autora que julgou a pertinência do estudo. De forma geral, as etapas para o desenvolvimento da proposta de intervenção podem ser descritas em:

**Desenho das operações:** Em discussão com a equipe da unidade a respeito de como abordar o problema – a falta de um horário especial para o atendimento do trabalhador, visando a propositura de um plano de intervenção, resolveu-se, primeiramente, identificar e registrar a população economicamente ativa, por sexo e faixa etária. Além disso, a fim de abranger mais o tema proposto e englobar a saúde do trabalhador como um todo, decidiu-se a necessidade de identificar as atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores.

**Identificação de nós críticos:**

- Ausência de horário especial para atender os trabalhadores;
- Ausência de ações de assistência básica e de vigilância à saúde do trabalhador;
- População pouco orientada a lutar por esse horário, não frequenta os conselhos de saúde;
- Ausência de atividades educativas no campo de saúde do trabalhador;
- Ausência do conceito de trabalho em grupo e cooperação mútua da equipe;
- Questões políticas envolvidas, que poderiam impedir a criação deste horário.

Nesse sentido, tanto a vivência médica quanto a experiência das ACS serão fundamentais para identificar e confirmar os nós críticos.

**Análise da viabilidade:** Após análise da realidade vivenciada, ficou evidente a necessidade da criação de um horário diferenciado para atendimento dos trabalhadores da comunidade e seu acompanhamento. Mesmo porque, muitas vezes, ao serem indagados pelo profissional da saúde sobre o motivo de sua ausência nas consultas de prevenção de promoção de saúde, as de rotina, os trabalhadores relataram que não poderiam se ausentar do trabalho, por temerem a perda do emprego. Todavia, a existência de um modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, ainda é predominante. Há, portanto, a necessidade de uma investigação mais profunda a respeito da criação do horário do trabalhador, para que este não seja mais um espaço para a demanda espontânea, para a busca de atestados injustificados, ou para outros fins que não sejam o acompanhamento da saúde do trabalhador, desde sua prevenção, orientação e educação.

**Plano operativo:** É necessário verificar a relação entre o adoecimento e o processo de trabalho, a identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e trabalho que determinam as formas de adoecer e morrer dos trabalhadores. A partir da observação e análise do ambiente, confirmando o fato de que a falta de um horário especial para o trabalhador dificulta seu acompanhamento e sua assistência, será elaborado um documento englobando dados epidemiológicos colhidos, como o perfil da população economicamente ativa, e se fará, então, uma proposta mais estruturada à coordenação da Atenção Primária do município de Uberlândia/MG.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Considerações Sobre a Saúde No Brasil

Diante do contexto acima elucidado, é necessária uma reflexão a respeito da garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil. Na trajetória para a efetivação de uma política de saúde de acesso gratuito e universal observou-se que a,

(...) implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço (DIEESE, 2009, p.01)

A literatura sobre a história das políticas de saúde no Brasil assinala que o sistema de saúde, antes da implantação dos SUS, esteve orientado por decisões em nível federal, sendo o Ministério da Saúde responsável pelas ações preventivas em saúde e o Ministério da Previdência Social pelas ações curativas. Não eram considerados nesse processo aspectos sociais do adoecimento da população (GOUVEIA; PALMA, 1999, MOURA, 1997, NARDI, 1997).

Para Gouveia e Palma (1999, p.142) o processo de institucionalização pelo qual o SUS passou se deveu, em parte, à participação significativa da sociedade civil na VIII Conferência Nacional de Saúde, de onde vieram propostas que hoje figuram na Constituição Federal. É o caso da saúde ligada às demais políticas sociais “dentro dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social”. Para Garbois, Vargas e Cunha (2008), esse controle social deve vir de políticas públicas que atinjam as diferentes realidades econômicas, sociais e culturais. Afinal, segundo Badziak e Moura (2010), as condições de saúde são primariamente determinadas por uma série de elementos sociais e econômicos que permitirão que a saúde seja alcançada ou não. Esses elementos são chamados determinantes sociais da saúde, e incluem gênero, nível de escolaridade, tipo de emprego, renda, acesso à cultura, bem como, as condições ambientais.

A esse respeito, Garbois, Vargas e Cunha (2008) afirmam que a saúde no Brasil avançou consideravelmente a partir da Reforma Sanitária, um movimento que se iniciou em plena ditadura, buscando melhorias na saúde e lutando pela democracia. Entre outros pontos,

esse movimento defendia a ideia de que as condições de saúde estão intrinsecamente ligadas a questões como moradia, renda, meio ambiente e trabalho; ou seja, as condições de saúde dependem da qualidade de vida do cidadão (GARBOIS, VARGAS e CUNHA, 2008). Esse conceito foi legitimado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que defendeu “uma relação indissolúvel entre a saúde da população e o patamar de cidadania definido pelo pacto social estabelecido entre Estado, governo e sociedade” (GARBOIS, VARGAS e CUNHA, 2008 p.35).

Assim, foi-se criando ambiente propício para essas ideias fossem concretizadas, até que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, passou a garantir a saúde como direito de todos. Apesar dessa garantia legal, o que se vê no Brasil, em certos momentos, é uma dificuldade para a efetivação do direito à saúde. Para Moura (1996, p.102) “saúde enquanto direito de todos (e dever do Estado) não passa apenas pela questão legal, instituída na Constituição Brasileira de 1988, mas principalmente pela conquista social no sentido de garantir o cumprimento da lei”.

Ainda para Garbois, Vargas e Cunha,

(...) O SUS se caracteriza pela descentralização na gestão do sistema, o que se traduz na ação do Governo Federal induzindo municípios e estados a assumirem funções de planejamento, gestão, avaliação e para o município, ainda, a execução das ações e serviços de saúde. Pretende ser organizado na forma hierarquizada e regionalizada, assegurando integralidade da atenção à saúde e participação da comunidade na definição da política de saúde (GARBOIS, VARGAS e CUNHA, 2008, p. 32).

Nesse sentido, é importante que a população assuma uma posição politicamente ativa, valendo-se dos direitos que lhes são garantidos em lei, e que também são defendidos pelo SUS, participando da gestão em saúde de seu município.

Com o intuito de buscar a efetivação do direito à saúde, o modelo de assistência à saúde no Brasil tem passado por mudanças sistemáticas nas últimas décadas. Atualmente, vigora o modelo de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, em detrimento do modelo de atendimento centrado no médico.

Em 1994, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de aumentar o acesso ao atendimento básico em saúde. O PSF é atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e tem como centro a família, que, apesar das intensas mudanças culturais, continua sendo a unidade básica de organização social. (GARBOIS, 2008).

A esse respeito, estudos relatam que a ESF surgiu no Brasil em um contexto complexo, em que as deficiências na economia e os problemas relacionados às finanças públicas refletiam de maneira negativa nos recursos destinados à saúde, no início da década de 90. Paralelamente, havia uma lacuna nos três níveis de governo em relação às políticas de saúde, que repetiam modelos antigos de assistência à saúde. Contribuiu também para a formação dessa estrutura, o crescimento do processo de municipalização, a influência de modelos de assistência à família em outros países e o sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que vicejava naquele período. Nesse modelo de atendimento, a família é o centro do processo saúde-doença, e a saúde está relacionada ao exercício da cidadania (VIANA E DAL POZ, 2005 apud GARBOIS, VARGAS E CUNHA, 2008).

As equipes que compõem a ESF, conforme já visto, devem possuir, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Quando possível, pode-se incluir na equipe um cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico em Saúde Bucal, para a composição da Equipe de Saúde Bucal (ESB).

As análises de Garbois, Vargas e Cunha (2008) discutem a eficiência da estrutura saúde da família. De acordo com esse estudo, apesar do ganho significativo que a ESF trouxe para a população, esse modelo é ainda um tema controverso. Para alguns autores, a ESF representa um grande marco de inclusão social na área da saúde. Para outros, porém, a estrutura “[...] evidencia a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes”(VIANA; DAL POZ,2005 apud GARBOIS, 2008, p.34).

De qualquer forma é possível perceber o caráter ambivalente desse modelo de atendimento: por um lado ele possibilita ao cidadão o acesso aos serviços de saúde, por outro, ele exige desse cidadão uma postura proativa, no sentido de exigir o cumprimento da legislação e a promoção de ações que garantam seus direitos legalmente garantidos.

Nesse sentido é bastante relevante a discussão a respeito da garantia de atendimento ao trabalhador, objeto desse estudo.

## 4.2 Saúde do Trabalhador

A literatura a respeito da saúde do trabalhador é bastante escassa, referindo-se, na maioria das vezes, a uma realidade bem específica. Segundo Nardi (1997), o termo saúde do trabalhador pode ser definido como:

[...] o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, (...) que – aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução – estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho. (NARDI, 1997 p. 220)

Esse termo, ainda de acordo com Nardi, surgiu durante o Movimento Sanitário e se coloca contra o modelo praticado pela Medicina do Trabalho, uma vez que esta se liga mais com o capital do que com a saúde do trabalhador.

Essa mesma acepção é encontrada em cartilha do Ministério da Saúde alusiva à II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em que a Saúde do Trabalhador é definida como “um conjunto de atividades à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho” (ART. 6 §3 da Lei 8080/90). Incluem-se, nessa cartilha, diversas propostas de ações para promover a saúde do trabalhador, todas, porém, voltadas à prevenção e/ou cura de acidentes de trabalho ou agravos relativos ao exercício da profissão.

De fato, esse sentido é o mais comum para o termo, mas não é o único. É preciso pensar em saúde para o trabalhador que, independentemente de suas condições de trabalho, tem necessidade e direito a uma assistência médica gratuita.

Nesse contexto, segundo Caldeira (2010), o movimento em favor dos trabalhadores iniciou-se no Brasil no final da década de 1970, defendendo o direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores na gestão dos processos produtivos e garantia de atenção integral à saúde. Esse movimento possibilitou a realização de ações voltadas à assistência e vigilância da saúde e tem conseguido, segundo o autor, importantes conquistas para os trabalhadores. É o caso da formação dos Uma dessas conquistas foi a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

De acordo com Caldeira (2010), em 11 de novembro de 2009, passou a vigorar a Portaria nº 2.728 que dispõe sobre a RENAST e dá outras providências. Segundo essa portaria, a RENAST deverá ser implementada de forma articulada entre os níveis federal, estadual e municipal. Além disso, as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e

dos municípios devem criar estratégias para execução de ações em saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção da rede pública de saúde.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem desempenhado papel importante na aplicabilidade de ações para promoção e manutenção da saúde do trabalhador, e para a efetivação da política do SUS, uma vez que para a implementação dessas ações e para consolidação da RENAST é preciso o acolhimento dos trabalhadores pelas equipes Saúde da Família e o conhecimento amplo das condições de saúde e de trabalho dessa população (SILVEIRA, 2009 apud CALDEIRA, 2010).

Diante do exposto, torna-se pertinente pensar em oferecer atendimento aos trabalhadores que não podem comparecer à unidade de saúde em seu horário comum por motivos de trabalho, criando-se, assim, um horário alternativo para esses cidadãos.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização do Bairro Jardim Ipanema

O bairro Jardim Ipanema localiza-se na área periférica do município de Uberlândia/MG. A partir das observações da equipe da UAPSF Bairro Ipanema I no decorrer da sua rotina de trabalho, notadamente das agentes comunitárias de saúde, pode-se caracterizar o referido bairro da seguinte forma. Foram observadas poucas opções de lazer, cultura e locais para a realização de atividades físicas. A falta de tais espaços sociais contribui para que os moradores do bairro sejam estimulados ao sedentarismo ou a busca dessas atividades em outros bairros. Destaca-se que a prática de exercícios físicos pela população local não é significativa, proporcionando pouca qualidade de vida para a clientela.

Observou-se, ainda, que as atividades econômicas se baseiam notadamente no comércio varejista, com a presença de muitos estabelecimentos comerciais de médio e pequeno porte, principalmente no setor de calçados e confecções. Há também o comércio de produtos essenciais, como supermercados, açougues, farmácias e alguns serviços, como o de moto-táxi, sendo que a maior parte dos estabelecimentos comerciais e de serviços localiza-se na parte central do bairro.

Embora não existam dados consistentes sobre a renda *per capita* média da população do bairro Ipanema, infere-se, pelas observações das ACS e pelos relatos dos próprios moradores durante as visitas das agentes, que a maioria da população pertence às classes C e D, exceto os moradores de um condomínio de alto padrão, que pertencem às classes A e B. Tais informações podem ser corroboradas pelas fichas das agentes comunitárias.

A maioria da população é usuária do sistema público de transporte, sendo que uma parcela menor se utiliza do serviço de moto-táxi. Poucos utilizam meios próprios de condução, o que em geral é feita por motocicletas e em menor número por carros. As crianças do bairro que estudam em escolas públicas são usuárias do transporte público escolar.

Em relação à escolaridade, não há dados disponíveis para consulta no SIAB, tampouco no DataSus, por isso, na busca ativa a ser realizada para identificar os trabalhadores que necessitam de atendimento em horário alternativo, será investigada também a escolaridade da população adscrita. Entretanto, em conversa com os usuários e com a equipe da Unidade, observou-se que a maioria da população concluiu apenas o ensino fundamental. Uma parcela menor possui o ensino médio completo e uma minoria, em geral formada por jovens, está

cursando o ensino superior. É grande a quantidade de pessoas, especialmente de idosos, que são analfabetos ou semi-analfabetos.

## 5.2 Proposta de Intervenção

Conforme exposto anteriormente, a identificação da falta de um horário especial para o atendimento dos trabalhadores da comunidade do Jardim Ipanema foi considerado como prioridade pela equipe de saúde de família. Embora haja inúmeros problemas presentes na Unidade, no manejo e terapêutica dos usuários, a proposta de criação de um horário alternativo que oportunize o acesso desses trabalhadores permitiria melhorar o acesso aos serviços de saúde da maioria da população que compõem a área de abrangência. Como a clientela adscrita é notadamente formada por trabalhadores, o horário de oferta dos serviços de saúde oferecidos pela unidade, como já observado, é incompatível com as necessidades dos trabalhadores uma vez que o horário de trabalho é similar ao horário da unidade de saúde.

Buscando melhorar o acesso da população trabalhadora, foi elaborado no presente estudo, um projeto de intervenção com vistas a ampliar o atendimento na Unidade, por meio de um novo turno de trabalho. A implantação de horário alternativo requer a aprovação em diversas esferas sociais e políticas. Nesse sentido, o projeto de intervenção, a seguir, poderá subsidiar o processo de implantação de um turno diferenciado. Atenta-se que os responsáveis pelas ações serão todos os membros da equipe de saúde, conjuntamente.

**Quadro 3.** Proposta de Intervenção para a criação de horário especial de atendimento aos trabalhadores da UAPSF Bairro Ipanema I, Uberlândia/MG, 2013.

AÇÕES	METAS	ESTRATÉGIAS
<b>1. Mobilização da equipe de trabalho</b>	1.1 Conseguir o maior número possível de colaboradores no processo, como funcionários da unidade, autoridades locais, voluntários do próprio bairro, por meio de parceria e otimizar o trabalho; 1.2 organizar documentos necessários para requerimento de horário alternativo de atendimento	Reuniões quinzenais e debates agendados
<b>2. Mobilização popular</b>	2.1 Estreitar vínculos entre a ESF e a comunidade; 2.2 prestar informações sobre cuidados com a saúde; 2.3 reduzir morbimortalidade.	Palestras na UAPSF, nas igrejas, escola e associação de moradores; visitas domiciliares, mutirões para grupos específicos, com atendimento médico, dentário, psicológico e procedimentos de enfermagem.
<b>3. Organizar e sistematizar dados de atendimentos agendados e demandas espontâneas</b>	3.1 Realizar estimativas para implantação de novo horário de atendimento. 3.2 Realizar busca ativa objetivando identificar quais os trabalhadores que necessitariam de atendimento em horário alternativo.	Atualização das fichas cadastrais e análise das pastas de atendimento.
<b>4. Implantar novo horário de atendimento na UAPSF</b>	Ampliar o atendimento na UAPSF, atingindo a demanda de trabalhadores que não podem comparecer às consultas frequentes.	Solicitar junto aos órgãos responsáveis o atendimento em plantões noturnos, de segunda à sexta-feira.

## 6 DISCUSSÃO

É inegável que a saúde no Brasil tem passado, nas últimas décadas, por importantes transformações, iniciadas com o movimento em favor da saúde, na década de 1970. Desde então, várias iniciativas foram tomadas, como, por exemplo, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, ambas em 1986. Estes eventos propiciaram progressos significativos na área da saúde e se mostraram quase sempre favoráveis à população. A garantia de acesso aos serviços de saúde assegurados por lei e a mudança no modelo de atendimento, que passa a ser multidisciplinar, são destaques dentre esses avanços.

É preciso observar, porém, que a garantia legal de atendimento em saúde não implica, necessariamente, em uma assistência de fato, mas abre caminhos para a realização de ações que levem à efetivação da lei. Da mesma forma, a implantação da Estrutura Saúde da Família não representa o atendimento integral da população, mas aproxima o indivíduo dos profissionais que lhe fornecerão não só serviços curativos, mas, principalmente, ações para a promoção de saúde e assistência preventiva.

Em relação à saúde do trabalhador, muito se tem discutido em termos da relação adoecimento/condições de trabalho. No entanto, faltam pesquisas e estudos sobre o panorama da saúde do trabalhador no Brasil.

A esse respeito Caldeira afirma que;

[...] apesar da escassez e inconsistência das informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores, no Brasil, segundo o IBGE, a população economicamente ativa é composta por aproximadamente 85 milhões de trabalhadores, dos quais apenas 23 milhões, cerca de um terço, são cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (CALDEIRA, 2010 p. 23)

Os números e as informações disponíveis sobre a questão do trabalho no Brasil exigem o investimento “na ampliação do cuidado, com a incorporação pelas USFs, em seu cotidiano, da lógica das ações coletivas e da vigilância à saúde do trabalhador, acionando mais o Cerest e a Vigilância Sanitária para intervenções nos locais de trabalho” (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011, p. 146).

Outra questão que merece atenção é o acesso aos serviços de saúde para os trabalhadores que precisam de assistência médica, ainda que seu problema não esteja ligado às suas atividades laborais. Encontram-se apenas alguns casos esporádicos de ações que proporcionam atendimento a essa população, como é o caso de algumas unidades de saúde que atendem em horário diferenciado. Essas iniciativas são válidas, mas precisam ser

pensadas com cautela, para que, conforme Caldeira (2010), a equipe de Saúde da Família não fique ainda mais sobrecarregada, mas que seja qualificada para as ações que ela já executa.

Nesse sentido, o Jardim Ipanema é um bairro em que se predomina o comércio varejista, cujos funcionários necessitam de serviço público em saúde, mas não podem se ausentar de seus ofícios para consultas frequentes. Há também que se considerar que muitos desses trabalhadores têm que se deslocar para outros bairros para trabalhar.

Assim, o presente estudo busca contribuir para uma reflexão e a propositura de uma proposta de intervenção sobre o acesso do trabalhador aos serviços de saúde em uma unidade de saúde de família, no município de Uberlândia. Espera-se, com esta contribuição, ampliar o atendimento da classe trabalhadora aos serviços de saúde e contribuir para a sua qualidade de vida.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho consistiu em elaborar um plano de intervenção objetivando a implantação de um horário estratégico para o atendimento dos trabalhadores da população adscrita na UAPSF Ipanema I, do município de Uberlândia/MG, a partir da identificação do perfil demográfico e dos problemas de saúde da referida população.

Para a realização da atividade foi proposto um plano de intervenção. Para a elaboração deste plano foi realizado um diagnóstico situacional observando o perfil demográfico da população, identificação dos problemas de saúde da clientela adscrita e a caracterização da área de abrangência. Os dados coletados para a confecção do diagnóstico constituiu-se das informações presentes nas fichas das agentes comunitárias de saúde, bem como, da observação ativa e o diálogo com os usuários realizados pelas agentes durante o exercício das visitas domiciliares. Realizou-se, ainda, uma pesquisa bibliográfica sobre a temática tratada no presente trabalho.

A análise da literatura sobre o tema nos permitiu observar que nas últimas décadas não faltaram medidas e ações para a promoção da saúde no Brasil, com grandes investimentos na área. Apesar disso, a saúde como direito de todos ainda está longe de ser alcançada. Constatou-se que na unidade de saúde objeto deste trabalho, a falta de um horário especial para o atendimento dos trabalhadores representa um hiato para que se atinja a população adscrita integralmente.

Conforme anteriormente mencionado, há poucos estudos sobre o acesso da classe trabalhadora aos serviços de saúde. No entanto, a literatura sobre a temática tem demonstrado que a falta de horário especial para atendimento dos trabalhadores é um assunto de que deve ser discutido conjuntamente com a equipe de saúde, população adscrita e os gestores dos serviços de saúde. A proposta de um projeto de intervenção, ora apresentada, poderá ser executada na referida unidade visando à ampliação da rede de atendimento ao trabalhador.

O presente estudo buscou evidenciar a necessidade de mais pesquisas sobre medidas de ampliação do acesso à saúde pelo trabalhador e oferecer uma reflexão sobre a necessidade da participação popular efetiva na gestão de saúde. Só assim, por meio de estudos e iniciativas populares sobre a saúde pública é que o Brasil estará mais próximo da efetivação do direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito Para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 3, n. 1,p.69-79. 2010

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em 10 nov. 2013.

CALDEIRA, Grazielly Gusmão. **Inserção da saúde do trabalhador nas ações da Atenção Básica do Brasil**: revisão de literatura. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) -Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Teófilo Otoni, 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE).Ano 1 - nº 1 - dezembro 2009. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/estudosetorial/2009/2009pedsetoriaissaude.pdf>>.Acesso em 25 out. 2013.

DIAS, Maria Dionísia do Amaral; BERTOLINI, Grazielle Cristina dos Santos; PIMENTA, Aparecida Linhares. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p.137-148. 2011

FREITAS, Oracilda Aparecida de; RAMIRES, Julio Cesar de Lima. Caracterização sócio-espacial e qualidade de vida no bairro Jardim Ipanema - Uberlândia (MG). **Caminhos da Geografia - Revista on line**. Disponível em: <<http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>> Acesso em 08 dez. 2013.

GARBOIS, Júlia Arêas; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo.O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária.**Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 1, p. 27-44, 2008.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Revista EstudosAvançados**, São Paulo, vol.13, n.35, p. 139-146,1999.

MOURA, Erly Catarina.Direito à saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol 5, n. 1, p. 101-119, 1996.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, Antônio David (org.) (p.219-224) **Trabalho e tecnologia**:dicionário crítico. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade,1997.

(SIAB). Prefeitura de Uberlândia, Minas Gerais. Consolidado de Famílias da Equipe de Saúde Ipanema I. Relatório. 2013

SILVA, D. F. da; RAMIRES, J. C. L. A estruturação dos espaços periféricos em Uberlândia: o exemplo do setor leste. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, n.23, p. 47-61, jan./jun.2000.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do Trabalhador**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

UBERLÂNDIA (MINAS GERAIS). **Cartaz Ilustrativo afixado na UAPSF Ipanema I**. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Uberlândia, 2013.