



Direitos Humanos e Saúde:

construindo caminhos,
viabilizando rumos

organizadores

Maria Helena Barros de Oliveira

Regina Maria de Carvalho Erthal

Marcos Besserman Vianna

Jairo Luis Jacques da Matta

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Renato José Bonfatti

cebes



INSTITUCIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

As abordagens construídas no campo Direitos Humanos e Saúde devem ter por base uma perspectiva sociopolítica, em que a saúde da população é pensada como direito social e humano, difuso e coletivo, cuja garantia e aprimoramento repousa no aprofundamento de bases epistemológicas diversas e nas interpelações possíveis entre as ciências jurídicas, a filosofia, as ciências sociais e humanas e a saúde. O campo de Direitos Humanos e Saúde chama atenção para o uso do escopo dos direitos humanos como: (i) um esquema analítico para a produção de conhecimento; (ii) uma dimensão integral no desenho, implementação, supervisão e avaliação de políticas/programas relacionadas com a saúde e em todas as esferas política, econômica, social e cultural. Dessa forma, a perspectiva dos direitos humanos oferece não só uma nova maneira de pensar sobre os desafios globais de saúde como também a confluência entre saúde pública e direitos humanos ampliando, por sua vez, o escopo de reflexões e práticas. O campo Direitos Humanos e Saúde aporta um conjunto de comportamentos humanos que podem se expressar nas mais diversas formas, mediante fenômenos como as formas de violência contra o outro, que pode ser a mulher, o idoso, a criança, as populações indígenas e quilombolas, ou, ainda, as violências praticadas no trabalho, que adoecem e matam os trabalhadores. Violências que cerceiam o ir e vir das pessoas, que lhes retiram a sua capacidade de agir em nome dos transtornos

mentais, que impõem formas indignas de nascer, viver e morrer. Também nas diversas formas de discriminação, como o racismo e a homofobia, que resultam em desrespeito aos direitos, causando profundos processos de adoecimento, encontramos os caminhos do direito e da saúde se cruzando. É nesse espaço das inter-relações humanas que as questões da saúde ou da não saúde se cruzam com o ter ou não ter direitos. A criação do Departamento Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS), na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), objetiva fortalecer a construção do campo do conhecimento Direito Humanos e Saúde. Ao privilegiar a compreensão da saúde como um direito humano, considera em suas análises e intervenções uma diversidade de perspectivas que estão referenciadas e que derivam de um conjunto de declarações, convenções, pactos, deliberações nacionais e internacionais, fundados no princípio da dignidade da pessoa humana. O DIHS se estrutura por meio de áreas temáticas, assim nominadas: Direitos Humanos, Saúde, Cidadania e Justiça; Políticas de Saúde e Direitos Humanos; Saúde, Trabalho e Direitos Humanos; Gênero e Direitos Humanos; Saúde Mental e Atenção Psicossocial; Direitos Humanos e Discursos Políticos de Alteridade: Saúde de Populações Indígenas e Diálogo Intercultural; Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes; Direitos Humanos e Ambiente.

Direitos Humanos e Saúde:

construindo caminhos,
viabilizando rumos

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015 – 2017)

Presidente: Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente: Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:
Ana Maria Costa
Isabela Soares Santos
Liz Duque Magno
Lucia Regina Fiorentino Souto
Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:
Ary Carvalho de Miranda
José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA

Cristina Santos

EDITORA EXECUTIVA

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL

Luiza Nunes
Mariana Acorse

CONSELHO EDITORIAL

Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS

Maria Helena Barros de Oliveira
Regina Maria de Carvalho Erthal
Marcos Besserman Vianna
Jairo Luis Jacques da Matta
Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos
Renato José Bonfatti

Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos

Organizadores

Maria Helena Barros de Oliveira

Regina Maria de Carvalho Erthal

Marcos Besserman Vianna

Jairo Luis Jacques da Matta

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Renato José Bonfatti

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, 2017

© Direitos autorais, 2016, da organização,
de Maria Helena Barros de Oliveira, Regina
Maria de Carvalho Erthal, Marcos Besserman
Vianna, Jairo Luis Jacques da Matta, Luiz
Carlos Fadel de Vasconcellos, Renato José
Bonfatti.

Proibida a reprodução total ou parcial
sem autorização, por escrito, das editoras.
Depósito legal efetuado.

Direitos de publicação reservados por

© 2017 Cebes

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos 21040-361 –
Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Tel.: (21) 3882 9140 | 3882 9141 Fax:
(21) 2260 3782

<http://cebes.org.br/>

cebes@cebes.org.br

On-line

<http://cebes.org.br/biblioteca/>

Coordenação editorial
Mariana Chastinet

Normalização
Anna Lú Sales
Lucas Rocha
Luiza Nunes

Revisão ortográfica e gramatical
Wanderson Ferreira da Silva

Revisão final
Mariana Chastinet
Luiza Nunes
Mariana Acorse

Capa e projeto gráfico
ALM Apoio à Cultura

O48

Oliveira, Maria Helena Barros de
Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando
rumos. / Maria Helena Barros de Oliveira et al. (Organizadores). – Rio
de Janeiro: Cebes, 2017.

332 p.; il..

ISBN: 978-85-88422-18-6

1. Direitos Humanos. 2. Direito à Saúde. 3. Atenção à Saúde. 4.
Controle Social. 5. Judicialização. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Vitória
da Conquista (BA). I. Erthal, Regina Maria de Carvalho. II. Vianna,
Marcos Besserman. III. Matta, Jairo Luis Jacques da. IV. Vasconcellos,
Luiz Carlos Fadel de. V. Bonfatti, Renato José.

CDD 363

Autores

Adriano Maia dos Santos

Doutor em saúde pública. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
maiaufba@ufba.br

Aldo Pacheco Ferreira

Doutor em engenharia biomédica. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
aldopachecoferreira@gmail.com

Aline Benevides Sá Feres

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Estratégia de Saúde da Família – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
linebsenf@hotmail.com

André Souza Suzart

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
andre_suzart@hotmail.com

Carla Gabriela Costa Pio

Mestre em saúde pública.
carlagabriela.fisio@gmail.com

Daniela Arruda Soares

Doutora em saúde pública. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
danielasoares@ufba.br

Danielle Souto de Medeiros

Doutora em saúde pública. Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Vitória da Conquista (BA), Brasil.
danielle.medeiros@ufba.br

Eliana Napoleão Cozendey-Silva

Doutora em saúde pública e meio ambiente. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ensilva.silva@gmail.com

Elizabeth Costa Dias

Doutora em saúde coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Medicina Preventiva e Social – Belo Horizonte (MG), Brasil.
bethdias@gmail.com

Elvira Maria Godinho Seixas Maciel

Doutora em filosofia. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elviramaciel@ensp.fiocruz.br

Ernani Costa Mendes

Mestre em ciências biológicas e doenças parasitárias. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ernanicmendes@gmail.com

Gabriel Eduardo Schütz

Doutor em saúde pública. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
gabriel@iesc.ufrj.br

Gefter Thiago Batista Correa

Doutor em medicina molecular. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
gefter@gmail.com

Gyselle Cynthia Silva Meireles

Doutora em odontologia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Itapetinga (BA), Brasil.
gyselle@fainor.com.br

Jairo Luis Jacques da Matta (organizador)

Mestre em saúde pública. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
jljmatta@gmail.com

Jamilly Gusmão Coelho

Mestre em Saúde Pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
jamillygusmao@hotmail.com

Jeandro Silva Oliveira

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
jeandro_oliveira@hotmail.com

José Patrício Bispo Júnior

Doutor em saúde pública. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
jpatricio@ufba.br

José Rivaldo Melo de França

Doutor em ciências. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília (DF), Brasil.
jrmf1@uol.com.br

Karla Cavalcante Silva de Moraes

Mestre em saúde pública. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
Faculdade Maurício de Nassau (Uninassau) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
karlafisio@yahoo.com.br

Katiuscycy Carneiro Santana

Mestra em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
katiuscycs@gmail.com

Liliane Reis Teixeira

Doutora em saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
teixeira.liliane@gmail.com

Luana Caetano Andrade

Mestra em saúde pública. Câmara Municipal de Vereadores de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
luanacaetanoandrade@gmail.com

Luana Valério Santana da Silva

Mestre em saúde Pública. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
luana.fainor@gmail.com

Luciana Araújo dos Reis

Doutora em ciências da saúde. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.
lucianareisfainor@gmail.com

Luciana de Oliveira Figueira

Mestre em saúde pública. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. Faculdade Santo Agostinho (Fasavic) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
lu.of@terra.com.br

Luciano Nery Ferreira

Doutor em saúde pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.
lnery@uesb.edu.br

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (organizador)

Doutor em saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elfadel@globo.com

Márcia Viviane de Araújo Sampaio

Mestre em saúde pública. Câmara Municipal de Vereadores de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
marvi_as@yahoo.com.br

Marcos Besserman Vianna (organizador)

Doutor em histórias das ciências, técnicas e epistemologia. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mbessa@ensp.fiocruz.br

Maria Edy da Hora Oliveira

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
medydahora@gmail.com

Maria Helena Barros de Oliveira (organizadora)

Doutora em saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mhelen@ensp.fiocruz.br

Nair Teles

Doutora em sociologia. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
nteles@ensp.fiocruz.br

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Doutor em saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pauloamarante@gmail.com

Paulo Edson Gomes Botelho Amorim

Mestre em saúde pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
paulinhoedson@hotmail.com

Regina Maria de Carvalho Erthal (organizadora)

Doutora em saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rerthal@ensp.fiocruz.br

Renato José Bonfatti (organizador)

Doutor em engenharia de produção. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
renato.bonfatti@gmail.com

Rita de Cássia Natividade Ataíde

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA) – Brasil. Faculdade Santo Agostinho (Fasavic) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

rita.cna@hotmail.com

Rodrigo Santos Damascena

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

rodrigodamascena12@gmail.com

Rosângela França Oliveira

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

rosy-franca@hotmail.com

Rozana Gomes Martins

Mestre em saúde pública. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

rozanaadv@yahoo.com.br

Simone Santos Oliveira

Doutora em saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

simone@ensp.fiocruz.br

Stênio Fernando Pimentel Duarte

Doutor em ciências. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

steniofernando@gmail.com

Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira

Mestre em saúde pública. Prefeitura de Vitória da Conquista, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

talitaferrazenf@hotmail.com

Vanessa Cruz Miranda

Mestre em saúde pública. Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

vnessa.cruz@yahoo.com.br

William Weissmann

Doutor em ciências. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

nanoimpacto@gmail.com

Sumário

Prefácio	15
Introdução	
Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos Maria Helena Barros de Oliveira, Regina Maria de Carvalho Erthal, Marcos Besserman Vianna, Jairo Luis Jacques da Matta, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Renato José Bonfatti	21
Capítulo 1	
Direito à saúde e judicialização: estudo dos processos judiciais em saúde no município de Vitória da Conquista (BA) Luana Caetano Andrade, José Patrício Bispo Júnior, Luciano Nery Ferreira, Maria Helena Barros de Oliveira	33
Capítulo 2	
Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA) Katuscy Carneiro Santana, Nair Teles, Maria Helena Barros de Oliveira, Danielle Souto de Medeiros	53
Capítulo 3	
Ações judiciais sobre medicamentos no município de Vitória da Conquista (BA): efeitos orçamentários entre 2010 e 2014 Jeandro Silva Oliveira, José Rivaldo Melo de França, Maria Helena Barros de Oliveira	69
Capítulo 4	
Judicialização do acesso a medicamentos: análise do itinerário dos usuários Rodrigo Santos Damascena, William Weissmann	85
Capítulo 5	
Benefícios previdenciários dos indivíduos acometidos por hanseníase: sujeitos, di- reitos e trajetórias Carla Gabriela Costa Pio, José Patrício Bispo Júnior, Luciana Araújo dos Reis, Adriano Maia dos Santos	99
Capítulo 6	
A interface entre os Conselhos de Saúde do município de Vitória da Conquista (BA) e as manifestações dirigidas pelos usuários do SUS ao Ministério Público e Defensoria Pública Aline Benevides Sá Feres, Paulo Duarte de Carvalho Amarante	113

Capítulo 7		
Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos Conselhos Locais de Saúde		127
	Paulo Edson Gomes Botelho Amorim, Stênio Fernando Pimentel Duarte Maria Helena Barros de Oliveira, Luciana Araújo dos Reis	
Capítulo 8		
Perfil dos adolescentes usuários de drogas ilícitas no município de Vitória da Conquista (BA) que se utilizam das políticas públicas de saúde		143
	Luana Valério Santana da Silva, Maria Helena Barros de Oliveira, Stênio Fernando Pimentel Duarte, Luciana Araújo dos Reis	
Capítulo 9		
Atenção Primária à Saúde no cuidado às crianças com deficiência: estudo com populações rurais		159
	Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira, José Patrício Bispo Júnior, Renato José Bonfatti, Daniela Arruda Soares, Marcos Besserman Viana	
Capítulo 10		
Diagnóstico da segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, Vitória da Conquista (BA)		173
	André Souza Suzart, Aldo Pacheco Ferreira, Gyselle Cynthia Silva Meireles, Geftter Thiago Batista Correa, Renato José Bonfatti	
Capítulo 11		
Vigilância em Saúde do Trabalhador: qualificação de Agentes Comunitários de Saúde a partir de seus saberes e desejos de mais saber		187
	Jamilly Gusmão Coelho, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Elizabeth Costa Dias	
Capítulo 12		
Saúde do trabalhador no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2014		205
	Rozana Gomes Martins, Eliana Napoleão Cozendey-Silva, Luciana Araújo dos Reis, Liliane Reis Teixeira	
Capítulo 13		
Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Vitória da Conquista (BA): contribuições para a gestão municipal		219
	Maria Edy da Hora Oliveira, Luciana Araújo dos Reis	

Capítulo 14		
Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista (BA) e a garantia do direito à integralidade na atenção à saúde		233
	Márcia Viviane de Araújo Sampaio, Elvira Maria Godinho Seixas Maciel Luciana Araújo dos Reis, José Patrício Bispo Júnior	
Capítulo 15		
Direito ao acesso à Estratégia Saúde da Família sob a óptica dos usuários hipertensos		247
	Rosângela França Oliveira, Gabriel Eduardo Schütz	
Capítulo 16		
Papiloma Vírus Humano: acesso e direito à informação		261
	Karla Cavalcante Silva de Moraes, Simone Santos Oliveira	
Capítulo 17		
O direito à saúde e o diagnóstico tardio do câncer de mama na região Sudoeste da Bahia		277
	Rita de Cássia Natividade Ataíde, William Weissmann	
Capítulo 18		
Assistência integral à saúde de crianças asmáticas: uma questão de direito		293
	Vanessa Cruz Miranda, Luciana Araújo dos Reis	
Capítulo 19		
Inexecução do Projeto Conquista: o caso do controle do câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba		315
	Luciana de Oliveira Figueira, Ernani Costa Mendes, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos	

Prefácio

O diagnóstico preciso é requisito básico para um tratamento adequado. A analogia da rotina médica com os processos de planejamento em qualquer esfera de poder é precisa: quanto mais informações de qualidade tiver um gestor, maior capacidade ele terá de executar um bom trabalho. Este livro que chega às suas mãos é a materialização do estado da arte de uma caminhada que pude acompanhar pelos últimos 20 anos – a da construção em Vitória da Conquista de um modelo de gestão que estimula e se nutre da pesquisa acadêmica em um círculo virtuoso que desenvolveu o município como um polo regional de ensino e de saúde.

Foram duas décadas de profundas transformações na política de saúde brasileira, vividas de forma particular neste município, onde o governo local investiu na descentralização das ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) como componente prioritário de uma aposta transformadora na gestão pública. Tenho aqui a obrigação de historiar esse processo para que esta rica obra esteja devidamente localizada em seu tempo.

Nos idos da década de 1980, quando iniciei minha vida profissional, ainda como médico residente da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Vitória da Conquista, o desafio da saúde pública era enfrentar a desnutrição, a alta mortalidade infantil, a doença de chagas, enteroparasitoses, problemas que invariavelmente eram consequência da absoluta exclusão social, da insalubridade das habitações, da falta de infraestrutura de fornecimento de água potável e esgotamento sanitário. Àquela época, encarávamos nossos desafios com o que tínhamos às nossas mãos: muita força de vontade, escassos dados e estudos sobre o perfil epidemiológico da população, pouca estrutura de trabalho, incipiente planejamento das ações em escala local.

Os ares da democracia que, a duras custas, reconquistamos em nosso país ensejou o fortalecimento do movimento de Reforma Sanitária, que tentava conduzir o Brasil para uma outra realidade de acesso à saúde, como direito fundamental do ser humano, consagrando-o

na Constituição Federal de 1988. Na ponta – e em ritmo mais lento nos municípios de interior –, ao longo dos anos que se seguiram, o SUS começou a se tornar realidade. Desde o início, o nosso sistema de saúde se valeu da produção científica com objeto do estudo focado na saúde pública para planejar estratégias, modelar novos programas e ações. Tal como fora desenhado em sua origem, o próprio SUS financiou grande parte dessa produção de conhecimento.

Tive a oportunidade de retornar a Vitória da Conquista, em 1998, já como preceptor e, em seguida, coordenando o Programa de Residência em Medicina Social do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, supervisionando a atuação de médicos residentes e contribuindo para a implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família. No ano seguinte, aceitei o convite do prefeito Guilherme Menezes, que também é médico, para assumir a Secretaria Municipal de Saúde. Sua determinação era clara: trazer para Conquista as formulações em saúde pública que estavam no centro do debate da Reforma Sanitária e da construção do SUS.

Guilherme Menezes também não mediu esforços no objetivo que traçamos de tornar o município um polo regional de educação superior na área de saúde. Além de enfrentarmos a crônica falta de profissionais no interior, começamos a desenvolver pesquisa e tecnologia, formular, estudar a saúde pública em escala local e regional. Conquistamos, nesse processo, o Curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) e o *Campus Anísio Teixeira* da Universidade Federal da Bahia (contando com cursos da área de Saúde), além da implantação de cursos em faculdades privadas. Também foram viabilizados programas de residência médica e cursos de pós-graduação (especialização e mestrado). Nesses 20 anos de execução do ‘Governo Participativo’ em Vitória da Conquista (1997 – 2016), estudos e pesquisas foram feitos sobre diversos aspectos relacionados com o Sistema Municipal de Saúde como produtos de especializações, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Na Secretaria Municipal de Saúde, tivemos a oportunidade de colocar em prática os anos de vivência acadêmica da universidade, transformando Conquista em um laboratório de projetos de gestão em saúde pública. Implantamos o primeiro serviço de atendimento móvel de emergência, um dos raros serviços municipais com esse perfil, à época, no Brasil e um dos embriões do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (Samu), que hoje tem cobertura populacional de 77% em todo o País. Fizemos com a Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista um dos primeiros contratos de metas do SUS com instituições filantrópicas de saúde. Implantamos a primeira Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados do SUS na Bahia e todo um processo de pactuação e articulação regional que se tornaria referência, entre outras inovações e experiências exitosas.

Na década que se seguiu, Conquista manteve-se alinhada com a política nacional de ampliação dos serviços por meio do SUS, com consistente curva de crescimento da cobertura de atenção básica, com a ampliação e qualificação da saúde da família, avançando na vigilância à saúde, viabilizando a implantação de serviços especializados em diagnóstico,

tratamento e reabilitação, inclusive de alta complexidade (oncologia, cardiovascular, neurocirurgia, terapia intensiva etc.), em uma evolução da capacidade de atendimento do SUS.

Esse processo ocorreu paralelamente a outras iniciativas não menos importantes para o bem-estar da população, como a ampliação da rede de esgotamento sanitário, implantação de eficiente política de resíduos sólidos e melhoria na qualidade da habitação popular por intermédio do Minha Casa, Minha Vida (políticas sociais dos governos Lula e Dilma em curso). O resultado é evidente na gradual melhora dos indicadores epidemiológicos e no índice de qualidade de vida IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), que subiu 66% em duas décadas (de 0,409 em 1991 para 0,678 em 2010).

Nessa construção, também enfrentamos problemas, ineficiências, distorções que seguem até os dias atuais. O engessamento de regras estatais impôs a expansão e o aperfeiçoamento dos modelos de gestão de pessoas e serviços em parcerias com o setor privado, que se tornaram realidade da gestão do SUS, mas ensejaram profundo debate na academia e polêmicas sobre sua efetividade e custo-benefício. A judicialização da saúde é um problema crescente que a cada ano compromete fatias maiores do orçamento das secretarias de saúde e penaliza os gestores, contribuindo para afastar profissionais qualificados dos principais cargos de gestão da saúde nos municípios de todo o País. Os limites e contradições da descentralização no SUS se tornam evidentes e alvo de reflexão acadêmica e de enfrentamento por parte das gestões comprometidas com esse projeto.

No atual quadro epidemiológico, com as transformações sociais que se processaram, novos desafios surgiram, e, em vez da desnutrição, são a obesidade e o sedentarismo os grandes vilões, com repercussão grave na qualidade de vida da população com as decorrentes hipertensão, diabetes e aumento de casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC). O envelhecimento da população impõe repensar o planejamento e programação das ações de saúde no SUS e a incorporação prioritária de novas práticas e processos de trabalho. A epidemia do *crack* e o aumento no consumo de drogas pesadas são uma realidade que bate à porta da saúde pública e precisa ser encarada sob a ótica do respeito aos direitos humanos; os avassaladores casos de acidentes de trânsito e o impacto da violência impõem uma ação integrada entre os órgãos da administração pública.

Foi com foco em aperfeiçoar a gestão pública para encarar esse novo cenário que o prefeito Guilherme Menezes, em 2014, no seu segundo período na gestão de Vitória da Conquista, firmou parceria com o Programa Direitos e Saúde (DIS), hoje Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Fundação Oswaldo Cruz, que possibilitou a primeira turma do curso de Mestrado Profissional em Direito e Saúde.

Para além do competente trabalho que já é realizado nas universidades públicas sediadas em Conquista na produção científica na área de saúde pública, o DIHS notabiliza-se

nacionalmente pela vanguarda na união interdisciplinar dos estudos de saúde pública e de direito, reunindo pesquisadores dos dois campos do conhecimento em um esforço de formulação que avança em temas que estão na ordem do dia da gestão pública da saúde. Desde sua fundação, em 1999, o DIHS sempre objetivou alcançar um público mais heterogêneo, não apenas restrito ao ensino e à pesquisa, mas também vinculado à atuação política, tanto na militância quanto no papel de agente público.

Em Vitória da Conquista, a turma de mestrado foi composta por 25 alunos – servidores públicos municipais –, que nesses dois anos de trabalho desenvolveram a missão de refletir sobre o significado dos direitos humanos e sua relação com a saúde enquanto um direito fundamental da pessoa humana. Todas as ricas pesquisas presentes neste trabalho partem de um pressuposto universal e, portanto, ajudam a endossá-lo: o de que o acesso à saúde é um direito humano, reconhecido pela Constituição Federal de 1988.

A atual fotografia da saúde pública de Vitória da Conquista é esquadrinhada em 19 ricos estudos conduzidos com diligência, que, sem dúvidas, subsidiam a formulação de políticas e o planejamento de ações que estes mesmos agentes executarão pelos próximos anos. Não é objetivo desta obra olhar para trás, e isso é um predicado importante quando o objetivo central é apontar soluções eficientes para os atuais problemas.

Este livro trata com maestria, em três artigos, a judicialização do acesso a medicamentos: enfoca o impacto orçamentário das ordens judiciais; analisa o itinerário dos usuários que recorrem a esse expediente, esmiúça o perfil das decisões judiciais e aponta caminhos para tentar reduzir a concessão de liminares. A discussão se aprofunda ainda em um estudo de caso sobre a judicialização como consequência da baixa percepção da população quanto à efetividade do controle social como porta para a garantia do acesso à saúde – lacuna ocupada, então, pela Defensoria Pública.

O livro é plural e, ainda, percorre outras dezenas de temas importantes, como o perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito, o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do Bolsa Família, a análise quanto à efetivação do direito ao acesso à saúde por adolescentes quilombolas, entre outros. A devida apropriação desta vasta pesquisa pelos agentes públicos e políticos tem a capacidade de repercutir nos processos decisórios, aperfeiçoar o diálogo entre os diversos atores públicos, rogando sempre a razoabilidade na aplicação dos finitos recursos públicos com o permanente foco na defesa da vida e no respeito aos direitos humanos. Em um cenário de recursos limitados – e no âmbito da implantação de um sistema de saúde público e universal em que são inesgotáveis as demandas –, os estudos elaborados como produtos desse mestrado são fontes importantes para reflexão dos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Ao reunir o resultado do trabalho de pesquisa de profissionais da saúde, da gestão e do direito, este livro alcança um amplo mosaico de objetos de estudo, alvo das preocupações

do cotidiano de diversas autoridades locais responsáveis por fazerem as políticas de saúde alcançarem concretude. O setor saúde, enquanto espaço social, é uma arena sempre em disputa, com diversos atores fazendo suas apostas e buscando poder para implementar seus projetos, criando facilidades ou dificuldades para que determinadas políticas sejam efetivadas.

Este livro é uma obra com explícito recorte local, mas que alerta e aponta caminhos para soluções que podem e devem ser observadas por gestores do SUS em todo o País. Em diversos momentos da leitura, somos provocados a nos perguntar sobre os riscos para os direitos humanos e sobre a garantia da saúde no cenário atual em nosso país. É leitura obrigatória, em especial, para aqueles que se propõem a conhecer, refletir e agir no âmbito dos desafios do SUS e as possíveis medidas que apontem para sustentabilidade, preservação e ampliação de suas conquistas.

Jorge Solla

Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Deputado Federal na atual legislatura, desde 2015.

Introdução

Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos

Maria Helena Barros de Oliveira
Regina Maria de Carvalho Erthal
Marcos Besserman Vianna
Jairo Luis Jacques da Matta
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Renato José Bonfatti

As violações de direitos humanos são condições que, explícita ou implicitamente, levam a resultados adversos para a saúde das pessoas e populações vulneráveis em todo o mundo. Nos dias atuais, no provocante e complexo campo que une a Saúde Pública e os Direitos Humanos, encontramos ferramentas de investigação para avaliar a supressão de direitos na saúde das populações, seja por meio de leis repressivas, do dissenso social, das violências, em especial destaque as de gênero, raça e etnia, de violações em áreas de conflito ambiental e pela posse da terra, ou da desigual determinação social das enfermidades, entre tantas outras formas de supressão. A abordagem contemporânea da Saúde Pública, alicerçada nos direitos humanos, pode auxiliar na compreensão e prevenção de violações, ofertando recomendações para futuros programas e estratégias das políticas de saúde (BEYRER; PIZER, 2007).

As políticas e programas de saúde têm a capacidade de promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo da forma como são concebidos ou executados. Medidas que os respeitem e os protejam mantêm a responsabilidade do setor da saúde em lidar com a saúde de todos, sempre na perspectiva da dignidade da pessoa humana. A omissão das políticas de Saúde Pública em relação às populações mais pobres caracteriza também uma violação dos direitos humanos, na medida em que todos deveriam ter igual acesso à saúde. As violações ou a falta de atenção aos direitos humanos podem ter sérias consequências para a saúde. A discriminação visível ou implícita na prestação de serviços de saúde viola os direitos humanos fundamentais. Muitas pessoas com transtornos mentais ainda são internadas contra sua vontade, apesar de serem capazes de tomar decisões sobre o seu futuro. Portanto, precisamos avaliar o impacto das políticas de Saúde Pública, na tentativa de promover a melhoria, tanto da competência da Saúde Pública quanto da sensibilidade desta em relação aos direitos humanos. Adotar medidas para respeitar e proteger os direitos humanos mantém a responsabilidade do setor da saúde em lidar com a saúde de todos.

O direito à saúde advoga critérios socioculturais que contribuam para a saúde de todas as pessoas, incluindo a acessibilidade a serviços de saúde, condições de trabalho, habitação,

transportes de boa qualidade, alimentos nutritivos e o direito ao lazer. Assim sendo, a conquista do direito à saúde está intimamente ligada à de outros direitos humanos, incluindo a não discriminação, acesso à informação e participação nas decisões, entre outros. Inclui também o direito de controlar a saúde e o corpo (como, por exemplo, nos direitos sexuais e reprodutivos), o acesso a uma saúde diferenciada (indígenas e quilombolas) e estar livre de interferências (tratamento médico não consensual e experimental).

Uma abordagem da saúde baseada em direitos humanos fornece estratégias e soluções para tratar e corrigir desigualdades, iniquidades, práticas discriminatórias e relações de poder injustas que, frequentemente, induzem a resultados de saúde desiguais. O objetivo de uma abordagem baseada nos direitos humanos é que todas as políticas, estratégias e programas de saúde sejam concebidos para melhorar progressivamente o usufruto de todas as pessoas pelo direito à saúde. Essa abordagem deve também capacitar as pessoas a reivindicar seus direitos e incentivar os formuladores de políticas e prestadores de serviços a cumprir suas obrigações na criação de sistemas de saúde mais resolutivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Assim, os sistemas de saúde são instituições sociais fundamentais, e urge a necessidade de ir além das análises e soluções convencionais de saúde pública, a fim de provocar uma transformação social que possa afetar a vida, a saúde e o bem-estar das pessoas.

Questões muitas vezes invisíveis na análise tradicional da saúde pública concentrada majoritariamente no comportamento individual e nos fatores de risco biológicos, quando abordadas a partir dos direitos humanos, revelam as condições reais em que os indivíduos e as comunidades vivem e como experimentam formas diversas de discriminação. Torna-se imperiosa a necessidade de colocar a dignidade das pessoas no centro da nova agenda de desenvolvimento sustentável. Essa abordagem é fundamental quando se consideram emergências de saúde pública como as epidemias, as violações maciças dos direitos sexuais e reprodutivos, as altas taxas de violência sexual, a falta de acesso ao aborto seguro, o sistema massivo de encarceramento, o modelo de guerra às drogas, racista e estereotipado, entre tantas outras violações.

As desigualdades sociais, as práticas culturais e os preceitos coletivos são aspectos fundamentais que permeiam este livro, demonstrando como esses fatores afetam as escolhas de vida, o direito à saúde e o bem-estar. Exemplificadas nas estratégias baseadas em direitos desenvolvidas por meio de programas de reforma de políticas, renovação do direito, litígios e mobilização social que têm o potencial de efetuar a mudança social, oferecendo alternativas para abordar a discriminação generalizada em contextos específicos de saúde. Por meio de exemplos concretos, esclarece como os direitos humanos não são apenas princípios abstratos, mas podem se materializar mediante processos transparentes de escolhas políticas, decisões judiciais, participação política, mudanças estruturais e alocações de recursos.

Nesse sentido, o este livro busca trazer à tona e dar um especial destaque à opção de compreender a saúde como um direito humano e assumir de forma radical todas as implicações que essa definição teórica impõe à construção de políticas públicas no campo da Saúde.

O MESTRADO PROFISSIONAL NA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP)

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) tem buscado ressaltar, em relação ao mestrado profissional, algumas premissas que o tornam uma modalidade de formação distinta da especialização e ainda seu “sentido de terminalidade”, distante da ideia de “mera etapa preparatória para o doutorado” (HORTALE *et al.*, 2010, p. 2056).

Essas premissas acham-se explicitadas em Portarias da Capes, que reconhecem a necessidade de expandir o modelo acadêmico de mestrado, criando o mestrado profissional, dadas as demandas por quadros com formação que requerem um projeto inovador na formatação da orientação curricular, no perfil multidisciplinar na composição do corpo docente e discente e no modelo de financiamento e parcerias institucionais. A Portaria Capes nº 47/1995 determina a instituição de procedimentos de recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado profissional. Logo em seguida, em 1998, a Portaria Capes nº 80 dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais, provocando divergências entre pesquisadores das áreas aplicadas e das áreas básicas, os primeiros vendo a proposta como um chamamento à inovação no senso estrito, e os demais temendo a “descaracterização do mestrado e sua transformação em outra modalidade de especialização” (BARATA, 2006, p. 268).

No entanto, avaliação dos programas de pós-graduação realizada ainda em meados dos anos 1990 pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) mostrou que poucos alunos do mestrado acadêmico estavam voltados para o exercício de atividades acadêmicas. Um significativo contingente (70%) se constituía de profissionais de saúde em busca de aprimorar sua formação, no sentido de melhor responder aos desafios da prática nos serviços (TANAKA, 1997).

Citando resultados de estudo de cenários realizado para propor reorganização do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (PPGSS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Freitas *et al.* (2006, p. 243) destacam que o mestrado profissional se coloca “como uma variável de grande importância não só para o PPGSS-Ensp, mas para a própria área da saúde coletiva”. A modalidade mestrado profissional permitiria, segundo os pesquisadores, tornar explícita a distinção da formação de pesquisadores para a área acadêmica daquela necessária para a “formação de quadros estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS)” e ainda estreitar relações entre o *stricto* e o *lato sensu*, articulando cursos de especialização e mestrado profissional, “com o intuito de ampliar a capacidade de formação de recursos humanos para o SUS” (FREITAS *et al.*, 2006, p. 244).

Parece então legítimo pensar em processos complementares de formação de profissionais no campo da Saúde Pública. O desafio para a pós-graduação, segundo Freitas (2006), vem se configurando no sentido de que é fundamental que se possa pensar a geração de conhecimento científico e a formulação de intervenções e políticas públicas, de forma articulada, por meio dos diferentes níveis de formação oferecidos (cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização e de mestrado profissional, mestrado acadêmico doutorado).

O MESTRADO PROFISSIONAL EM DIREITO E SAÚDE PARA O MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA (BA)

O Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o Município de Vitória da Conquista (BA) foi desenvolvido a partir da experiência de sucesso que se consolidou, desde 2004, com o Curso de Especialização em Direito Humanos e Saúde (Disa) – pós-graduação *lato sensu* – atualmente na sua 14ª versão. Através de todos esses anos, o curso de especialização formou profissionais das áreas do direito, saúde e ciências sociais e humanas, a partir do pressuposto da necessidade da construção continuada e compartilhada de um novo campo de conhecimento – Direito Humanos e Saúde – que pressupõe “objetos interdisciplinares comuns” (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009, p. 14).

24

Foram muitos os desafios colocados ao Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS/Ensp/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), com a demanda da Prefeitura do Município de Vitória da Conquista, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, de um Curso de Mestrado Profissional que pudesse capacitar seus quadros institucionais para identificar e conhecer questões importantes na área do direito e saúde desse município e, ainda, analisar e propor intervenções e políticas públicas adequadas para a realidade em foco. O curso foi desenhado para o município de Vitória da Conquista, localizado na Mesorregião Centro-Sul do Estado da Bahia, considerado capital regional de uma área que abrange em torno de 80 municípios da Bahia e 16 do norte do estado de Minas Gerais.

Coube à equipe do DIHS, a partir da identificação da especificidade da demanda apresentada, desenhar um projeto que, não sendo uma mera ampliação da especialização, constituir-se-ia em um nível avançado da formação de recursos humanos altamente qualificados na área dos direitos humanos e saúde e com capacidade para dar respostas “a necessidades socialmente definidas, diferentes daquelas apresentadas pelo setor acadêmico” (GOLDBAUM, 2006, p. 29).

O Projeto básico do Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o Município de Vitória da Conquista (Projeto VDC-BA) (OLIVEIRA; ERTHAL, 2013) define como objetivo mais amplo desse mestrado a formação de profissionais qualificados na área de Direitos Humanos e saúde, com competências multidisciplinares e capacidade de análise crítica. Aos seus

alunos, foram requeridas condições de enfrentar problemas complexos com criatividade e precisão, contribuindo para o fortalecimento do SUS. Não perdendo a perspectiva das abordagens epistemológicas do campo Direitos Humanos e Saúde, os alunos foram instrumentalizados para o acompanhamento e avaliação de políticas públicas; desenvolvimento de metodologias direcionadas à abordagem dos processos implicados na relação direito/saúde; o estabelecimento de inter-relações entre as áreas do direito constitucional, civil, do trabalho, penal, ambiental, internacional, com o campo da Saúde; identificação, no território municipal, dos problemas relevantes afetos a grupos vulneráveis e, por fim, para a elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa e dissertações abordando problemas de direito e saúde, de interesse para a região de Vitória da Conquista.

Desse modo, cumpre ressaltar o ineditismo e a oportunidade desta iniciativa que soube aliar a qualidade na formação profissional a uma visão estratégica de produção de conhecimentos voltada para a solução de problemas nesse território. Os 25 alunos – selecionados a partir de um público-alvo que contou com servidores ativos da área da saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e com profissionais das áreas de direito e saúde vinculados às instituições parceiras – demonstraram em suas dissertações ter condições de enfrentar problemas complexos com criatividade e precisão, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

No processo de realização do curso, foram firmadas parcerias entre a demandante e outras instituições, com interesses comuns na realização de trabalhos cooperativos e viabilização de recursos financeiros. Entre as parcerias previstas no município de Vitória da Conquista, encontram-se a Procuradoria da Prefeitura, a Defensoria Pública e as Instituições de Ensino Superior de Vitória da Conquista. Como parceira na viabilização de recursos financeiros, estrutura física e envolvimento de seu quadro docente para a realização do curso, foi de grande importância a colaboração da Faculdade Independente do Nordeste (Fainor).

Como a clientela do mestrado profissional continuou a exercer suas atividades durante o curso, foi necessária uma maior flexibilidade na composição do programa, estabelecendo um equilíbrio entre atividades presenciais e a distância. No caso de Vitória da Conquista, o curso foi projetado para ser desenvolvido em regime de dedicação em tempo parcial.

A proposta do curso buscou equilibrar a carga horária de aulas presenciais com atividades apoiadas por uma plataforma de aprendizagem a distância (Plataforma Moodle), proporcionando apoio tecnológico e pedagógico para que os profissionais pudessem cumprir as exigências acadêmicas sem prejuízo de suas atuações profissionais. A Plataforma cumpriu o papel de dar sustentação ao compartilhamento de conteúdos instrucionais, bibliografia das disciplinas, acompanhamento e suporte nas atividades de dispersão, avaliação de processos de aprendizagem e, ainda, como ferramenta de interação entre alunos, professores, orientadores e coordenadores.

Com uma carga horária de 1.260 horas de disciplinas acadêmicas (42 créditos acadêmicos), as atividades presenciais, de caráter eminentemente teórico-conceitual, foram desenvolvidas ao longo de 14 Módulos Disciplinares, um por semana e a cada mês, em tempo integral, organizados em 4 grandes Blocos Temáticos, com um quinto Bloco relativo à elaboração e redação da dissertação. As disciplinas foram subdivididas por temáticas específicas, utilizando-se do recurso de mais de um docente por disciplina, como modo de superar a grande complexidade das temáticas que vinculam as áreas do direito e da saúde coletiva.

Por fim, cumpre destacar que o enorme sucesso na realização do curso e de suas fases de orientação, qualificação e defesa de dissertação deve ser creditado também à incorporação efetiva de diversos profissionais docentes das universidades federais e estaduais e ainda de universidades particulares de Vitória da Conquista nessas atividades. Pudemos contar, nesse processo de formação, com doutores da Universidade do Estado da Bahia (Uesb), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Fainor, nas suas sedes em Vitória da Conquista, que dispuseram de seus tempos em orientações ou, ainda, na composição de bancas nos processos de qualificação e defesa final da dissertação.

A TRANSFORMAÇÃO DE DISSERTAÇÕES EM CAPÍTULOS DE LIVRO: OU COMO TRANSFORMAR CRISÁLIDAS EM BORBOLETAS

26

Dentro do projeto do curso, já havia a previsão da adequação das dissertações aprovadas ao formato 'capítulo de livro', com o acompanhamento dos orientadores e da coordenação colegiada do mestrado profissional. No entanto, todos os alunos interessados em participar do livro deveriam submeter seu novo produto ao processo avaliativo normatizado e instituído pelo Conselho Editorial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), tendo sido convidados para o acompanhamento e execução do processo de produção do livro Editores Científicos. Os capítulos foram enviados por dois pareceristas, que poderiam aprovar, solicitar modificações ou reprovar a versão. No caso de pareceres conflitantes, um terceiro parecerista foi chamado a emitir uma nova apreciação. Com esse processo, foram selecionados 19 textos, apresentados em coautoria com os respectivos orientadores e docentes que também colaboraram para sua versão final.

Desse modo, trazemos agora a público 19 trabalhos engajados na missão de explicitar o esforço de qualificação técnica realizado pelo Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o Município de Vitória da Conquista (BA), tornando-se a expressão direta do compromisso desse curso com a análise crítica das questões específicas dessa importante região do Sudoeste da Bahia, a partir do campo dos Direitos Humanos e Saúde, objeto privilegiado do DIHS/Ensp/Fiocruz.

Uma das maiores lições aprendidas neste processo que agora se encerra foi a impor-

tância da iniciativa de interiorizar, em um país de tantas diversidades de acesso ao ensino/pesquisa de qualidade, uma proposta de mestrado profissional engajado em discutir as questões da área do direito e saúde no plano municipal.

Os capítulos estão aqui organizados de modo a agrupar temáticas fornecendo um panorama mais consistente das questões de direito e saúde presentes no município de Vitória da Conquista.

O capítulo 'Direito à saúde e judicialização: estudo dos processos em saúde no município de Vitória da Conquista (BA)' tem como objetivo analisar os processos judiciais em saúde com pedido liminar ajuizados contra o município de Vitória da Conquista entre os anos de 2013 e 2014. Assim, busca-se contribuir com as reflexões sobre o processo de judicialização do direito à saúde no Brasil. Foram sinalizados pontos de tensão entre a legislação infraconstitucional do SUS e a forma de condução das demandas judiciais. Em muitos casos, o Judiciário é utilizado com uma nova porta de entrada para acesso a tratamentos a serem custeados pelo SUS. Isso parece ocorrer pela grande facilidade em receber o provimento liminar apenas com base em laudo do médico assistente. Dados do estudo sugerem a importância da oitiva prévia do ente público antes da análise do pedido liminar. Por isso, é preciso indicar a necessidade de abertura de novos campos de diálogo entre os sujeitos envolvidos na busca de resultados que, sem descuidar da garantia individual ao direito à saúde, também demonstrem maior comprometimento com os princípios e diretrizes da política pública de saúde, sem dúvida uma das maiores conquistas de cidadania em nosso país.

No capítulo 'Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA)', as autoras desenvolvem uma investigação estruturada a partir dos seguintes tópicos: o ser adolescente; a diversidade étnica e cultural dos quilombos; e o acesso à saúde. O trabalho evidencia o acesso restrito aos serviços de saúde e a estrutura precária de serviços para a população quilombola estudada. No tocante à percepção do 'ser adolescente', entre os quilombolas, predominam a preocupação em trabalhar para ajudar a família e a percepção da adolescência como um período passageiro.

No capítulo 'Ações judiciais sobre medicamentos no município de Vitória da Conquista (BA): efeitos orçamentários entre 2010 e 2014', os autores desenvolvem uma averiguação do impacto orçamentário sobre a saúde municipal no tocante a compras de medicamentos por ações judiciais. Fundamentando sua pesquisa no crescente fenômeno da judicialização da saúde, com preponderância nos medicamentos, foram cotejados diversos argumentos, com justificativas pró e contra esse mister. Concluem que as demandas judiciais comprometem expressivamente o orçamento da saúde municipal, priorizando a demanda individual em detrimento das necessidades coletivas. Observam, também, que a concessão de liminares favoráveis aos demandantes fomenta o surgimento de novas ações, o que justifica seu crescente número ano a ano.

No capítulo 'Judicialização do acesso a medicamentos: análise do itinerário dos usuários', a reconstrução do itinerário construído pelos usuários e suas percepções na tentativa de resolverem seus problemas de acesso a medicamentos podem contribuir para compreensão do fenômeno da judicialização do ponto de vista destes, possibilitando intervenções posteriores no sentido de formular/implementar políticas públicas mais eficazes e organizar a demanda por via judicial. A ampliação do acesso da população aos serviços de saúde essenciais, incluindo os medicamentos, por meio de políticas públicas mais abrangentes e disponibilização de recursos para tal é, possivelmente, o caminho para a redução da judicialização que, cabe destacar, não é um problema restrito ao município estudado, havendo a necessidade de maiores discussões nos níveis estadual e federal para mitigação do problema.

No capítulo 'Benefícios previdenciários dos indivíduos acometidos por hanseníase: sujeitos, direitos e trajetórias', o objetivo da pesquisa foi analisar a garantia dos direitos previdenciários e a trajetória dos sujeitos ao pleitear seus direitos. A evidência de que a própria incapacidade, causada pela hanseníase, estabelece barreiras na reivindicação de direitos auxilia na compreensão de que as dificuldades para a garantia desse tipo de direito não se restringem à doença. A pesquisa demonstrou que o diagnóstico tardio é fator de produção de sequelas e, inclusive, de incremento da necessidade de buscar auxílio previdenciário, caso que se aplica a outras enfermidades.

28

O capítulo 'A interface entre os Conselhos de Saúde do município de Vitória da Conquista (BA) e as manifestações dirigidas pelos usuários do SUS ao Ministério Público e Defensoria Pública' ressalta que os espaços de participação social do SUS, que deveriam ser o *locus* de resolução das demandas dos usuários, foram substituídos pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público. Conclui que os usuários estão dissociados das instâncias participativas do SUS.

Já no capítulo 'Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos Conselhos Locais de Saúde', constata-se a composição majoritariamente feminina dos conselhos de saúde e o desconhecimento de suas atribuições, assim como a falta de conhecimento e de acesso à informação de dados fundamentais para subsidiarem suas funções. Sem menosprezar a importância da gestão participativa e o enorme ganho da sociedade com esse modelo, aponta para a necessidade de capacitação dos conselheiros.

O capítulo 'Perfil dos adolescentes usuários de drogas ilícitas no município de Vitória da Conquista (BA) que se utilizam das políticas públicas de saúde' levanta a predominância de homens jovens, usuários de maconha e cocaína que foram direcionados aos serviços de saúde pela família. Demonstra também a baixa incidência de usuários nos serviços de saúde, o que leva a presumir a incipiência das políticas de inclusão para esse segmento.

O capítulo 'Atenção Primária à Saúde no cuidado às crianças com deficiência: estudo

com populações rurais' demonstra a incapacidade das políticas públicas e dos serviços assistenciais do SUS de lidarem com as pessoas portadoras de deficiências. Ressalta a dificuldade dos profissionais de saúde, não obstante a enorme boa vontade, de efetivarem políticas de inclusão.

O capítulo 'Diagnóstico da segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, Vitória da Conquista (BA)', seguindo a linha de identificação de usuários, tende a comprovar como políticas de inclusão focadas e com responsabilidade assumida pelo Estado podem ter uma repercussão positiva na vida das pessoas. Dessa forma, indica que algumas famílias, mesmo em extrema pobreza, conseguiram se manter em situação de segurança alimentar. Demonstra também aumento da frequência escolar e cumprimento da agenda de acompanhamento da saúde.

O capítulo 'Vigilância em Saúde do Trabalhador: qualificação de Agentes Comunitários de Saúde a partir de seus saberes e desejos de mais saber' versa sobre duas vertentes caras ao campo da Saúde Pública: a saúde do trabalhador e o processo educativo dos agentes executores da política. A premissa dos autores é que a construção de conhecimentos dos agentes públicos, de modo a qualificar sua atuação como transformadores da realidade social em saúde, passa pela incorporação de seus saberes às metodologias de formação. Os agentes, unanimemente, afirmaram a necessidade de serem qualificados de forma participativa, dinâmica, associativa entre conteúdos teóricos e experiências práticas.

O objetivo do capítulo 'Saúde do trabalhador no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2014' é analisar o acesso ao serviço e as ações de saúde do trabalhador realizadas em Vitória da Conquista entre 2010 e 2014. A pesquisa demonstrou que os trabalhadores chegam ao serviço para: tratamento clínico exclusivo (50,9%); tratamento de saúde e elaboração de laudo pericial para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (39,4%); solicitação de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (5,5%); e os demais por motivações combinadas entre essas. Houve uma preponderância significativa de mulheres (92,9% dos casos), e as ações de vigilância foram inexpressivas.

O capítulo 'Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Vitória da Conquista (BA): contribuições para a gestão municipal' evidencia a necessidade de buscar as medidas e caracterizações dos acidentes de trânsito no âmbito municipal, relacionando o impacto desses eventos na saúde das populações com a urgência da configuração de políticas públicas adequadas. Os autores destacam a necessidade de registros nos moldes preconizados pelo Sistema Nacional de Estatística de Acidentes de Trânsitos que propiciem a criação de um banco de dados eficaz e de acesso público, visando à construção de perfil epidemiológico fidedigno o bastante para subsidiar ações de intervenção voltadas para a redução de acidentes de trânsito no município.

O capítulo 'Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista (BA) e a garantia do direito à integralidade na atenção à saúde' se propõe a analisar o de-

senho da rede especializada implantada na região de saúde do município, identificando as dificuldades na garantia da integralidade da assistência. Os achados do estudo demonstraram que a Programação Pactuada Integrada (PPI) vigente não mais atende às necessidades de saúde da população da região Sudoeste da Bahia. A pactuação não reflete a realidade das necessidades de saúde e da organização da rede SUS, constituindo-se atualmente como um instrumento formal e burocrático que compromete o acesso da população aos serviços de saúde. O estudo aponta para a necessidade de fortalecer os espaços formais de negociação e pactuação para construir uma rede regionalizada que realmente reflita as necessidades dos usuários, e a atenção à saúde seja garantida de forma integral.

O capítulo 'Direito ao acesso à Estratégia Saúde da Família sob a óptica dos usuários hipertensos' destaca a importância de ações de promoção da saúde que considerem as especificidades socioeconômicas e culturais desse grupo, com o estímulo ao autocuidado. Pode-se destacar a percepção dos usuários em relação às fragilidades no acesso aos serviços da Estratégia Saúde da Família no município. Ficou bem evidente o desconhecimento das políticas de saúde e dos direitos dos usuários enquanto cidadãos, sendo a saúde vista como bem de consumo, não relacionado a um direito social.

No capítulo 'Papiloma Vírus Humano: acesso e direito à informação', as autoras procuram demonstrar as insuficiências dos processos de comunicação com os usuários do SUS, a partir de um estudo relacionado com a prevenção do câncer de colo de útero e da transmissão do papiloma vírus em unidades básicas de saúde. Concluem que há necessidade de maiores investimentos em comunicação e saúde sob os pontos de vista da informação e da educação que propiciem também uma forma de relação mais qualificada, em que prevaleça o diálogo entre os profissionais e os usuários do SUS.

No capítulo 'O direito à saúde e o diagnóstico tardio do câncer de mama na região Sudoeste da Bahia', os autores procuram determinar e analisar os fatores que concorrem para o diagnóstico tardio do câncer de mama, uma vez que este se constitui em referência para diagnóstico e tratamento do câncer do adulto na região Sudoeste da Bahia. Consta que o despreparo dos profissionais da rede acaba sendo determinante na falta de garantia do direito à saúde das pacientes.

O trabalho apresentado neste capítulo, 'Assistência integral à saúde de crianças asmáticas: uma questão de direito', busca avaliar a assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família às crianças asmáticas, sob a perspectiva da mãe cuidadora, tomando como locais de estudo duas Unidades de Saúde da Família (USF). Lançando mão de uma pesquisa exploratória e descritiva, seguindo o delineamento transversal, com abordagem quantitativa, constatam a baixa qualidade da assistência prestada à saúde de crianças asmáticas no município, tendo sido possível a observação de diversos fatores que comprometem decisivamente a integralidade do cuidado.

No capítulo ‘Inexecução do Projeto Conquista: o caso do controle do câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba’, os autores demonstram que, mesmo diante de compromissos internacionais com o desenvolvimento de projetos de direito à saúde, o Brasil ressentia-se da efetividade do planejamento em saúde. O Projeto Conquista deveria ter sido implementado no âmbito de um Protocolo de Cooperação em Saúde, firmado entre o Brasil e Cuba em 2011. Apesar do envolvimento de instituições públicas – Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), Prefeitura Municipal, entre outras –, o projeto foi assumidamente não executado pela autoridade pública municipal. Concluem os autores que deve se dar maior atenção à avaliação em todo o ciclo de vida de projetos desse tipo, garantindo “o compromisso com a dimensão ética da Administração Pública” e “mantendo aceso o alerta de que a atuação na esfera pública impõe um comprometimento com a efetividade” (FIGUEIRA; MENDES; VASCONCELLOS, 2017, p. 327).

O livro ‘Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos’, organizado por professores do DIHS/Ensp e colaboradores, coloca agora à disposição tanto da comunidade acadêmica do município de Vitória da Conquista quanto do executivo municipal análises competentes que apontam problemas e ensaiam críticas construtivas, no sentido de buscar novos enfoques para a revitalização ou mesmo reformulação de políticas públicas competentes e comprometidas com a saúde das populações nesse território.

REFERÊNCIAS

- BARATA, R. B. Avanços e desafios do mestrado profissionalizante. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 267-282.
- BEYRER, C.; PIZER, H. F. *Public health and human rights: evidence-based approaches*. Leme (SP): JHU, 2007.
- FIGUEIRA, L. O.; MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Inexecução do Projeto Conquista: o caso do controle do câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba. In: OLIVEIRA, M. H. B. *et al. Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. p. 315-329.
- FREITAS, C. M. *et al.* Cenários futuros do mestrado profissional da Escola Nacional de Saúde Pública. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 243-266.
- GOLDBAUM, M. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 27-32.
- HORTALE, V. A. *et al.* Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2051-2058, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a19v15n4.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2017.
- OLIVEIRA, M. H. B.; ERTHAL, R. M. C. *Projeto básico do mestrado profissional em direito e saúde para o Município de Vitória da Conquista (Projeto VDC-BA)*. 2013. Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- TANAKA, A. C. A. Perfil da demanda dos cursos de pós-graduação na área da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 108-116, 1997.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direito e Saúde: aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). *Direito e Saúde: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009. p. 11-31.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health and human rights*. n. 323, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>>. Acesso em: 16 maio 2017.

Capítulo 1

Direito à saúde e judicialização: estudo dos processos judiciais em saúde no município de Vitória da Conquista (BA)

Luana Caetano Andrade
José Patrício Bispo Júnior
Luciano Nery Ferreira
Maria Helena Barros de Oliveira

INTRODUÇÃO

Esse estudo teve como objetivo analisar os processos judiciais em saúde com pedido liminar ajuizados contra o município de Vitória da Conquista (BA) entre os anos de 2013 e 2014. Assim, busca-se contribuir para as reflexões sobre o processo de judicialização do direito à saúde no Brasil. A partir da realidade empírica observada, são identificados fatores sobre os atores envolvidos nesse fenômeno complexo que tem reflexos sobre três diferentes elementos do sistema: o usuário, a administração pública e o Poder Judiciário. Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

A questão da judicialização da saúde é ampla e envolve grande diversidade de bens e direitos reclamados nos tribunais. Vão desde os medicamentos e internações até uma miríade de outras demandas sob a alegação do direito à vida e dignidade da pessoa humana, incluindo prestações sociais que acabam por alargar o papel da garantia desse direito e o orçamento público estabelecido para ele.

A elevação dos direitos sociais ao status constitucional e as imensas dificuldades de implementação fática das políticas estatais que efetivem essas garantias parecem ter aberto um flanco entre o direito e o seu titular. Essa aparenta ser a causa premente da judicialização da saúde na busca pela efetivação da política que garanta os serviços, sobretudo de entrega de medicamentos, exames e os mais diversos tratamentos para os agravos (ASENSI, 2013).

A importância da via judicial para a garantia dos direitos do cidadão há que ser reconhecida. Contudo, Fabíola Vieira (2008) assevera que a inobservância do critério da 'existência da política pública' na consideração das decisões pelos atores judiciais explicita o entendimento dessa esfera sobre o direito à saúde. Para o sistema judicial, a garantia parece confundir-se com a oferta de tratamentos no mercado, sem considerações acerca de ques-

tões técnicas e o aparato desenvolvido pela gestão do sistema. A proliferação de demandas que buscam individualizar o bem de saúde acaba por reduzir o sistema público apenas à perspectiva do acesso aos medicamentos, exames e procedimentos. Nesse viés restritivo, as decisões demonstram desconhecer os diversos fatores sociais, econômicos e ambientais que envolvem a garantia da saúde, bem como a integralidade das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Essa lógica vai de encontro às políticas públicas e, principalmente, aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do sistema (MACHADO *et al.*, 2011).

Para Asensi (2013), a posição da saúde no rol dos direitos fundamentais estabelecidos na atual Constituição adveio da intensa movimentação de grupos sociais e políticos para a garantia desta bandeira. O imperativo constitucional passou a impor a prestação positiva do ente público, no intuito de ampliar e concretizar esse direito a todos. Ao estabelecer que a saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado, o legislador constituinte demarca sua dupla dimensão (direito-dever) e fundamenta, para a jurisprudência dominante, o entendimento do direito público subjetivo.

No Brasil, o movimento sanitário passou a compreender a estratégia de institucionalização dos instrumentos de participação, possibilitando uma construção democrática sem precedentes na história: o Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia Asensi (2013) alerta para a gradativa perda de crédito na representação parlamentar como espaço de reivindicação de direitos. Mesmo os outros instrumentos democráticos de construção de políticas como os Conselhos e as Conferências têm perdido seu protagonismo. Estes espaços, de atuação democrática por excelência, tiveram de passar a dividir campo com um novo ator institucional: o Judiciário. Esse choque de saberes tão diversos gera conflitos que ainda estão longe da pacificação. Princípios e limites legais agora devem ser absorvidos pelos trabalhadores e gestores da saúde. Já os atores jurídicos, por sua vez, precisam compreender uma das mais complexas e intrincadas áreas das políticas públicas: a saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Neste ponto, é importante que se proponha uma reflexão cuidadosa acerca dos fenômenos da judicialização e do ativismo judicial. A centralidade e o papel ativo assumido pelo Poder Judiciário na vida institucional brasileira, tornando-se protagonista de decisões com largo alcance e avançando sobre o espaço da política majoritária, demonstram a “fluidez da fronteira entre política e justiça no mundo contemporâneo” (BARROSO, 2012, p. 23). Apesar de observado em diferentes partes do mundo, Barroso (2012) pondera que esse movimento, no caso brasileiro, é especial pela extensão e volume.

A judicialização denota a submissão ao Judiciário de decisões sobre questões de grande repercussão política ou social, em detrimento da margem de atuação das instâncias políticas tradicionais, ou seja, Legislativo e Executivo. Sendo assim, é importante reconhecer que a judicialização não é fruto de escolha ideológica, filosófica ou metodológica da Corte Suprema. A opção do legislador originário em constitucionalizar uma matéria faz transformar o que seria

política em direito e, conseqüentemente, em pretensão jurídica passível de ser formulada em ação judicial. Desse modo, ao Judiciário não há alternativa a não ser conhecer e decidir a matéria, sob pena de furtar-se ao cumprimento de seu papel constitucional. Em síntese: “a judicialização não decorre da vontade do Judiciário, mas sim do Constituinte” (BARROSO, 2012, p. 31).

Ao revés, quanto ao ativismo judicial, as causas estão muito mais ligadas à atitude do julgador, à “escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição expandindo o seu sentido e alcance”, ou seja, expressa a postura do intérprete que se manifesta, em regras gerais, por três condutas básicas (BARROSO, 2012, p. 25). Primeiramente, a extensão da aplicação direta de dispositivos constitucionais em situações não expressamente previstas no texto, suplantando leis infraconstitucionais que regulamentem diretamente a matéria. Segundo, a utilização de critérios bastante imprecisos para a declaração de inconstitucionalidade das leis. Por último a interveniência judicial nas decisões em políticas públicas, impondo condutas e abstenções em serviços e desconsiderando mesmo as opções razoáveis dos gestores da política (BARROSO, 2012).

A fragilização do equilíbrio entre os poderes, com maior protagonismo do Judiciário em detrimento das instâncias representativas da vontade popular, Executivo e Legislativo, acaba por relativizar as próprias opções do legislador constituinte. A Constituição brasileira é considerada prolixa pela maioria da doutrina constitucionalista, porém não é razoável que se atribua um sentido de ubiquidade às suas normas. Nem tudo está em seu texto, a desconsideração da atividade do legislador infraconstitucional e das escolhas legítimas do gestor põe em xeque a legitimidade democrática da atuação judicial.

No que tange à capacidade institucional para a tomada de decisões em políticas públicas, é importante verificar qual Poder está mais habilitado para decidir melhor em determinada matéria. Nessa perspectiva, para Barcellos (2007), ainda que a legitimidade do controle judicial das políticas públicas seja reconhecida, o sistema judicial não dispõe de instrumental técnico ou de subsídios para exercer esse controle sem que isso desencadeie grandes distorções na própria sistemática ampla das políticas públicas estabelecidas. Não é de seu mister deter informações e expertise para mensurar o impacto de suas decisões sobre a prestação do serviço público. Ainda mais por não ser passível de responsabilização por escolhas equivocadas. O Poder Judiciário não é o *locus* da política pública *stricto sensu*, sua atuação é sempre contingencial. Esse é um problema a ser enfrentado.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e descritivo baseado em dados primários, com pesquisa bibliográfica e documental, acerca dos elementos contidos nas demandas judiciais de primeira instância. A análise exploratória foi feita com os processos sobre saúde ajuizados entre 2013 e 2014 contra o município de Vitória da Conquista, individualmente ou em

litisconsórcio passivo com o estado da Bahia e/ou a União. Foi traçado o perfil dos sujeitos e das peças processuais nas demandas em saúde no município, com a categorização e agrupamento dos elementos processuais e médico-sanitários, da petição inicial até a decisão interlocutória que analisa o pedido liminar. Também foi analisada a fundamentação jurídica das peças processuais nas demandas em saúde e realizada revisão bibliográfica e legislativa acerca da saúde pública no Brasil, além de estimar associações entre as variáveis independentes e a concessão das medidas liminares.

O trabalho de campo foi executado na Justiça Comum Estadual e Federal de primeira instância, principalmente no sítio eletrônico dos Tribunais. Nessa primeira verificação foram delimitados os processos ainda em tramitação no primeiro grau, excluindo-se os processos físicos já em grau de recurso ou arquivados – se físicos. Os processos não digitalizados da justiça comum foram também excluídos em face da maior dificuldade na coleta e pouca representatividade numérica (oito processos no total). Dessa forma, chegou-se a um total de 174 processos examinados. Os dados foram colhidos dos autos desde a petição inicial até a decisão interlocutória que analisa o pedido de urgência e integralmente coletados no primeiro grau de jurisdição. O *software* utilizado para a construção do banco de dados foi o EpiInfo®. A análise estatística foi feita com utilização do *software* SPSS®. Quanto aos aspectos éticos do estudo, foram atendidas todas as diretrizes e recomendações éticas das pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012.

RESULTADOS

Na *tabela 1*, são apresentados o perfil dos beneficiários da demanda, além dos elementos médicos e sanitários presentes no conjunto probatório do processo. A maioria das demandas indica residência do beneficiário em Vitória da Conquista (91,38%), embora não se possa desconsiderar o número de municípios de outras localidades que demandam judicialmente Vitória da Conquista (8,62%), sequer incluindo no polo passivo seu município de origem. É preciso ressaltar, porém, que mais de 25% dos processos não trouxeram o comprovante de residência entre os documentos apresentados. Há também algumas desconformidades que dificultam a segurança dos resultados quanto ao município de residência do requerente, como comprovantes em nome de terceiros, vinculação a outra cidade do cartão SUS apresentado e espelhos da regulação de leito em que se verifica origem diversa da declarada no processo.

Do total de processos analisados, em 82,18%, havia pedido expresso de justiça gratuita. Em 75,29% a representação foi exercida pela Defensoria Pública Estadual e 20,69% por advogados privados. As ações individuais representaram 98,85% dos processos. O laudo/relatório médico foi o documento probatório mais predominante, presente em 97,13% dos autos. Em 56,90% há declaração de hipossuficiência assinada pela parte autora e em 47,13% dos processos foi possível encontrar documento que identificasse atendimento do requerente na rede SUS.

Tabela 1. Perfil dos autores, elementos médicos e sanitários dos processos judiciais em saúde, Vitória da Conquista (BA), 2013/2014

Variável	N	%
Município de Origem		
Vitória da Conquista	159	91,38
Outro	15	8,62
Sexo		
Masculino	91	53,22
Feminino	80	46,78
Idade		
Até 1 ano	21	12,07
De 1 a 11 anos	26	14,94
De 12 a 18 anos	4	2,30
De 19 a 59 anos	63	36,21
A partir de 60 anos	60	34,48
Renda declarada nos autos (R\$)		
De 0 a 500	30	17,24
De 501 a 1.000	37	21,84
De 1.001 a 1.500	8	4,46
De 1.501 a 2.000	3	1,724
De 2.001 a 2.500	1	0,58
Não Informado	94	54,02
Espécies de bem de saúde requeridos		
Medicamento	120	45,62
Cirurgias	33	12,54
UTI	25	9,51
Oxigenoterapia Hiperbárica	20	7,60
Produtos Correlatos/Aparelhos	15	5,70
Alimento/Fórmula	14	5,32

Variável	N	%
Fraldas	11	4,18
Exames/Procedimentos	10	3,80
Indenização	10	3,80
Tratamento fora do domicílio - Transporte	5	1,90
Atendimento Rede		
Privada Não Conveniada	83	43,23
Privada Conveniada	54	28,12
Pública	51	26,56
Não se aplica	04	2,08
Serviço/medicamento da política nacional do SUS?		
Não	130	49,43
Sim	122	46,39
Não se aplica	11	4,18
Existe fármaco/tratamento substitutivo no SUS?		
Sim.	92	70,76
Não/Não há informação.	38	29,24
Lista Rename?		
Não	79	65
Sim	41	35
Lista Remume?		
Não	94	78,33
Sim	26	21,67

Na *tabela 2*, dispõe-se sobre os aspectos que envolvem a decisão interlocutória que decide o pedido liminar, proferida em 91,38% dos processos pesquisados. O princípio da proporcionalidade tem grande influência nas razões de decidir (64,83%), assim como o direito à vida e a dignidade da pessoa humana (62,76%). A legislação do SUS é citada em apenas 35,17% das liminares concedidas. A solidariedade entre os entes federativos é citada em 46,55% das petições iniciais e afirmada em 20% das decisões.

Tabela 2. O perfil da decisão interlocutória sobre o pedido liminar nos processos em saúde ajuizados contra o Município de Vitória da Conquista (BA), 2013/2014

Variável	N	%
Houve decisão de análise do pedido liminar?		
Sim	159	91,38
Não	15	8,62
Liminar		
Integralmente concedida	130	81,76
Concedida em parte	16	10,06
Não concedida	13	8,18
Decisão em face		
Estado e Município	115	78,77
Somente Município	21	14,38
Somente Estado	8	5,48
União, Estado e Município	1	0,68
Fundamentação da liminar concedida		
Antecipação de Tutela – Código de Processo Civil	140	96,55
Normas Constitucionais	97	66,90
Princípio da Proporcionalidade	94	64,83
Direito à vida/dignidade da pessoa humana	91	62,76
Legislação SUS	51	35,17
Solidariedade dos entes	29	20,00
Princípios Constitucionais	18	12,41
Regulamentação SUS	4	2,74
Enunciados CNJ I Jornada Direito e Saúde	2	1,37
Princípios/Diretrizes SUS	1	0,69

Na *tabela 3*, verifica-se a associação das variáveis independentes com a concessão de liminares. Quanto ao tempo de análise até a concessão liminar, 72,6% das decisões favoráveis foram exaradas antes de 30 dias, e 27,4% após este prazo. As denegatórias, por sua vez, tiveram

menor variação, sendo que 53,9% foram decididas antes de 30 dias e 46,1% depois. Também é possível constatar que 113 pedidos de liminar foram analisados antes de 30 dias, destes, 93,8% foram deferidos, 6,2% indeferidos e 46 pedidos foram analisados após 30 dias, dos quais 87% deferidos e 13% indeferidos. A associação dessas variáveis, comparando a diferença de médias dos tempos de ajuizamento entre as categorias de concessão, indica que o tempo de análise pode ter influência na concessão das liminares, pois existe chance maior que 50% de indeferimento quando o julgador se delonga por mais de 30 dias na apreciação do conteúdo processual em relação ao percentual de indeferimento nas análises em prazo inferior.

Tabela 3. Associações entre variáveis independentes e concessão de liminar nos processos em saúde ajuizados contra o município de Vitória da Conquista (BA), 2013/2014

Variável	Liminar Concedida				Odds Ratio	IC (95%)	P
	Sim (146)		Não (13)				
	N	%	N	%			
Tempo de análise							
Até 30 dias	106	72,6	07	53,9	1		
> 30	40	27,4	06	46,1	0,44	0,14 - 1,39	0,162
Município de Origem							
Vitória da Conquista	134	91,8	13	100,0	-	-	0,601*
Outro	12	8,2	0	0,0			
Ano							
2013	84	57,5	10	83,3	1		
2014	62	42,5	02	16,7	2,46	0,65 - 9,31	0,185
Tipo de Assistência Jurídica							
Assistência Pública	120	82,2	09	69,2	1		
Assistência Privada	26	17,8	04	30,8	0,49	0,14 - 1,70	0,261
Juiz busca mais informações							
Sim	58	39,7	06	46,1	0,77	0,25 - 2,40	0,651
Não	88	60,3	07	53,9	1		
Consulta ao Plantão Médico							
Sim	38	26,4	01	7,7	4,30	0,54 - 34,2	0,1688
Não	106	75,2	12	92,3	1		

Variável	Liminar Concedida				Odds Ratio	IC (95%)	P
	Sim (146)		Não (13)				
	N	%	N	%			
Manifestação do Poder Público							
Sim	24	16,4	05	38,5	0,31	0,95 -1,05	0,059
Não	122	83,6	08	61,5	1		

* Teste exato de Fisher.

Ao se considerar os elementos para cognição do julgador, foi constatado que 60,3% das tutelas provisórias foram concedidas somente com base nas afirmações e documentos apresentados pelo requerente, enquanto 39,7% foram deferidas após intimação para informações dos réus ou solicitação de análise da assessoria médica, para maior aprofundamento da cognição. Esse percentual nas decisões que negaram liminares fica em 53,9% sem novas informações e 46,1% com solicitação de mais subsídios advindos de fonte não vinculada ao autor. Essa atitude parece ter relevância na decisão, uma vez que quando o magistrado busca mais informações antes de decidir a chance de deferimento da liminar é 30% menor que quando não há consulta (*tabela 3*).

Em 83,6% dos processos, a liminar foi deferida sem informações preliminares do poder público, 61,5% dos indeferimentos também se deram sem que os réus pudessem falar nos autos. Essa manifestação prévia foi oportunizada pelo magistrado em 19,54% dos processos, assim, 16,4% das decisões favoráveis e 38,5% desfavoráveis foram expedidas após intimação do poder público para prestar informações sobre a situação do requerente. Quando há informações do ente público antes da análise do pedido de liminar, a chance de indeferimento torna-se 70% maior (*tabela 3*).

O Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) do Tribunal de Justiça da Bahia, formado por médicos plantonistas que ficam à disposição dos magistrados baianos para consultas sobre a adequação dos tratamentos solicitados não foi previamente consultado antes de 75,2% das liminares favoráveis e 92,3% das desfavoráveis. Em 26,4% das decisões de deferimento e 7,7% das denegatórias, o NAT foi acionado para emissão de opinativo. Ao contrário da manifestação do ente público, as decisões precedidas de parecer do NAT têm chance 3 vezes maior de serem concedidas (*tabela 3*).

A assistência jurídica pública, advinda do Ministério Público ou da Defensoria, é a registrada em 82,2% dos processos com liminar deferida e em 69,9% daqueles com indeferimento. Esse percentual fica em 17,8% e 30,8%, respectivamente, nas demandas com assistência privada. A associação dessas variáveis indica que a ação sob o patrocínio de advogado

privado tem cerca de 50% menos chance de deferimento de liminar em relação à condução por assistência pública. No ano de 2013 foram expedidas 57,5% das liminares deferidas, em 2014 42,5%. Os indeferimentos foram 83,3% em 2013 e 16,7% em 2014. O confronto desses indicativos demonstra que houve um aumento em mais que o dobro de chance da concessão de liminar nos processos ajuizados em 2014.

É importante ponderar, todavia, que esses valores não apresentam significância estatística, pois em todos eles o intervalo de confiança variou de valores inferiores a um a valores superiores a um (*tabela 3*).

Na *tabela 4*, os pedidos encontrados nos processos foram associados ao resultado de liminares concedidas ou não concedidas para verificar a existência de maior porcentagem de deferimento para determinados requerimentos. Todos os processos com pedidos principais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), exames, procedimentos e fórmulas alimentares tiveram liminar deferida. As cirurgias foram deferidas em 93,5% dos processos, os medicamentos em 89,7%, o tratamento fora do domicílio foi concedido liminarmente em 85,7% das vezes em que foi requerido e o fornecimento de fraldas foi determinado em 91,7%. Embora deva ser ponderado que esses valores não apresentem significância estatística, pois os valores do Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fischer foram superiores a 0,05.

Tabela 4. Associações entre tipo de bem requerido e a concessão de liminar nos processos em saúde ajuizados contra o município de Vitória da Conquista (BA), 2013/2014

Bem de Saúde Requerido	Liminar Concedida				Total de petições	P
	Sim (146)		Não (13)			
	N	%	N	%		
UTI	29	100,0	00	0,0	29	0,128**
Cirurgia	29	93,5	02	6,5	31	1,000**
Medicamento	52	89,7	06	10,3	58	0,449*
Tratamento Fora do Domicílio	18	85,7	03	14,3	21	0,383**
Indenização	62	23,3	04	38,5	64	0,560**
Alimento Fórmula	12	100,0	00	0,0	12	0,601**
Fraldas	11	91,7	01	8,3	12	1,000**
Exames/ Procedimentos	30	100,0	00	0,0	30	0,466**

* Qui-quadrado de Pearson.

** Teste exato de Fischer.

DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou os aspectos fundamentais das demandas judiciais em saúde ajuizadas contra o município de Vitória da Conquista entre os anos de 2013 e 2014, abordando elementos jurídicos, médicos e sanitários.

O significativo percentual de judicialização para tratamento de crianças até 1 ano de vida (12,07%) pode ter sido fortemente influenciado pela condição de polo em saúde, sobretudo pela existência de hospital municipal materno-infantil, referência regional em gestação de alto risco com a maior UTI neonatal do Sudoeste da Bahia, cujos serviços são destinados exclusivamente aos usuários SUS.

O hospital, portanto, faz parte da rede SUS de Vitória da Conquista que polariza a Macrorregião Sudoeste, composta de 73 municípios (BAHIA, 2015), abrangendo uma população de 1.713.082 habitantes. Além disso, existem municípios de outras Macrorregiões que referenciaram serviços na Programação Pactuada e Integrada (PPI) para Vitória da Conquista. Vale a pena ressaltar que, apesar de não existir PPI interestadual, uma quantidade significativa de pacientes de nove municípios da região norte de Minas Gerais, buscam atendimento por intermédio do pronto-socorro.

Essa referência regional parece ser decisiva na judicialização de procedimentos específicos às crianças até 1 ano de idade, como leitos de UTI neonatal e cirurgias pediátricas, requeridas nos processos analisados. Isso ocorre, por exemplo, no caso de partos prematuros ocorridos na maternidade, quando os neonatos precisam de cirurgias de alta complexidade referenciadas em Salvador para correção de agravos ou de leito de UTI quando não há mais vagas disponíveis dentro do próprio hospital. Essas demandas acabam por ser objeto de requerimento judicial para que o município de Vitória da Conquista custeie o tratamento na rede pública ou privada, ainda que a necessidade seja advinda do atendimento a municípe de outras localidades.

As razões dessa opção podem ter relação com vários fatores, como, por exemplo, a maciça atuação da Defensoria Pública Estadual (DPE) nos processos pesquisados e a condição de polo regional em saúde. É fato que munícipes de toda a região buscam os serviços da DPE em Vitória da Conquista, uma vez que a estruturação desse órgão em comarcas menores ainda não é uma realidade no País. O mesmo ocorre com o atendimento em saúde, também concentrado nessa municipalidade.

Segundo o art. 198 da Constituição brasileira, as ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e integrada. A regionalização das redes de atenção é bandeira sanitária que valoriza os aspectos regionais e locais para formulação da política pública. A hierarquização, por sua vez, pressupõe a necessidade de articulação dos serviços de modo a repartir competências e atribuições para garantir que os serviços atendam ao princípio da integralidade da assistência no território de abrangência.

O art. 12 do Decreto nº 7.508/2011 estipula que a continuidade do cuidado em saúde deve ser garantida ao usuário em todas as modalidades de ações e serviços integrantes da rede de atenção na respectiva região e que as Comissões Intergestores pactuarão as regras que garantam essa continuidade do acesso em sua área de atuação (BRASIL, 2011). Assensi (2015) observa que essa rede de assistência é organizada de forma sistemática, com mecanismos de referenciamento e contrarreferenciamento para garantir o atendimento das demandas dos usuários com acesso ao conjunto das tecnologias necessárias ao tratamento. Esse sistema é pactuado entre os gestores, formulando um acordo prévio da responsabilidade de cada unidade, devendo observar os direitos dos cidadãos e a integralidade da assistência.

A indicação do município e do estado conjuntamente no polo passivo foi a opção dos autores em 83,33% dos processos. Essa preponderância pode ser explicada pela forte presença da Defensoria Pública Estadual no manejo dos processos pesquisados, o que envolve também questões de atribuição para ajuizamento das ações e a tese da responsabilidade solidária e distribuição de competências no SUS. Cabe ressaltar que a indicação da União no polo passivo traz repercussão direta na competência, na medida em que o processo deve tramitar perante a Justiça Federal.

Para Dresh (2014) a interpretação de que a solidariedade trazida pelo art. 23, II da Constituição brasileira é absoluta implica desconsideração de toda a estrutura normativa do SUS, pois não há como exigir que União, estados, municípios e Distrito Federal ofereçam todos os serviços e atividades de forma simultânea. Sendo assim, embora o Supremo Tribunal Federal (STF) oriente pela regra da solidariedade institucional, ela somente poderia ser aplicada na ausência de políticas públicas estabelecidas, já que a imposição de despesas fora do estipulado nas rubricas do orçamento leva à desorganização administrativa e desrespeito às normas infraconstitucionais que regulam a saúde.

Entre os enunciados aprovados na II Jornada de Direito da Saúde, o de nº 60 indica que a responsabilidade solidária dos entes federativos não deve impedir que a decisão liminar ou definitiva seja inicialmente direcionada conforme as regras administrativas pactuadas de repartição de competências, ainda que possa haver redirecionamento em caso de descumprimento da determinação (CNJ, 2015).

A solidariedade entre os entes federativos foi alegada em 46,55% das petições iniciais e foi utilizada na fundamentação de 20% das decisões interlocutórias. Maioria expressiva das decisões liminares determinou o cumprimento da ordem judicial de forma solidária, entre o estado da Bahia e o município de Vitória da Conquista (78,77%). O destinatário foi apenas o ente municipal em 14,38% e somente o estado em 5,48%.

A problemática da solidariedade ante as políticas públicas instituídas e a divisão legal ou administrativa de atribuições foi pouco influente, portanto, na decisão judicial. Exemplos de protocolos estabelecidos pelos entes federativos que foram alegados nos processos

pesquisados são os instituídos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, entre outros, o protocolo para a dispensação de análogos de insulina de ação basal e ultrarrápida para pacientes com diagnóstico de diabetes *mellitus*.

A tese da judicialização como um movimento de elites não pode ser confirmada nesta pesquisa, diante do grande percentual de processos sob a tutela da Defensoria Pública (75,29%), o que pressupõe a situação de hipossuficiência dos autores por ela assistidos. Entretanto, é preciso atentar para a alta taxa de laudos e receitas médicas advindas da rede privada e a ausência de declaração de renda na maioria dos processos, o que pode dificultar a conclusão segura sobre essa discussão. A primazia da Defensoria Pública nos processos judiciais em saúde também foi sinalizada em estudos no Distrito Federal (DINIZ *et al.*, 2012), nos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e Rio Grande do Sul (TRAVASSOS *et al.*, 2013). A maior incidência de processos tutelados por advogados privados foi, por outro lado, constatada em outros estudos em Minas Gerais (MACHADO *et al.*, 2011) e em São Paulo (CHIEFFI; BARATA, 2009) e (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Travassos *et al.* (2013) esclarecem que o acesso à justiça é essencial para o exercício da cidadania e, sendo assim, o hipossuficiente econômico tem legalmente garantida a assistência judiciária. A própria Constituição da República assegura esse direito aos que comprovarem a insuficiência de recursos. O Ministério Público (MP) teve papel menos destacado em relação à Defensoria Pública na judicialização da saúde neste estudo, ao contrário do constatado em Pernambuco (TRAVASSOS *et al.*, 2013) e Minas Gerais (GOMES *et al.*, 2014). Neste ponto, é possível indicar uma reflexão sobre a participação do Estado em todos os pontos da tríade processual. Como explicam Travassos *et al.* (2013), cidadão requer do SUS, buscando o Poder Judiciário por meio do próprio poder público, ou seja, pela Defensoria ou MP.

A gratuidade da justiça foi requerida expressamente em 82,18% dos processos. Não houve nenhuma decisão denegatória desse pedido. No restante das demandas, a gratuidade deixou de ser solicitada. Todavia, considerando que os feitos sob a competência da Vara da Infância e Juventude dispensam o pagamento de custas processuais, assim como a Ação Civil Pública, é possível concluir que não houve despesas processuais pagas pelas partes na quase totalidade dos processos pesquisados.

Tal como constatado em Ventura *et al.* (2010), não foi encontrado nenhum processo em que o pedido de justiça gratuita tenha sido negado. Sendo assim, é também possível afirmar que a hipossuficiência socioeconômica dos reivindicantes tem sido reconhecida nas demandas judiciais envolvendo o SUS.

Dois elementos neste estudo indicam, portanto, um contraponto à tese da judicialização pelas elites, apontada em outros trabalhos (MACHADO *et al.*, 2011) (VIEIRA; ZUCCHI, 2007): o significativo percentual de ações manejadas pela Defensoria Pública e a gratuidade da justiça, benefício constatado em praticamente todos os processos analisados. Sob esses as-

pectos, os resultados observados se assemelham aos encontrados no Distrito Federal (DINIZ *et al.*, 2012) e no Rio Grande do Sul (TRAVASSOS *et al.*, 2013).

Em mais da metade dos processos pesquisados, não há declaração de renda do requerente, fato que dificulta a análise da situação econômica dos autores. É importante deixar registrado que essa declaração não é documento exigido para a tramitação processual, muito menos pressuposto para análise sobre questões que envolvem o direito universal à saúde. Todavia, a informação é de grande valia para discutir com maior grau de segurança questões como a hipossuficiência dos autores, a concessão da assistência judiciária e eventual relação entre acesso ao judiciário com melhor condição socioeconômica da parte autora.

Das demandas com declaração de renda, a maior parte dos solicitantes está situada na faixa entre R\$ 501 a R\$ 1.000, seguida pela renda de até R\$ 500. Se somadas essas duas faixas, tem-se quase 40% dos demandantes que alcançam rendimento de até R\$ 1.000, indicando que a população em situação de maior vulnerabilidade está conseguindo acesso à justiça, principalmente por meio da Defensoria Pública, como explicitado acima. Essa conclusão contraria o constatado em estudo de Chieffi e Barata (2009), realizado em São Paulo.

Ao contrário de dados obtidos no Distrito Federal por Diniz *et al.* (2012), a rede privada foi a origem de 71,35% das prescrições médicas apresentadas nos processos pesquisados em Vitória da Conquista. É necessário, portanto, questionar a possibilidade de a rede privada, conveniada ou não, ter menor preocupação em adequar a prescrição à política pública estabelecida. É preciso muita cautela na análise dessa variável, sobretudo no aspecto de influência nas conclusões sobre a condição socioeconômica dos autores. Considerando que a rede privada conveniada originou 28,12% das prescrições e a rede própria, 26,56%, é possível que grande parte dos atendimentos tenha sido vinculada ao SUS, principalmente diante da constatação de que em 47,13% dos processos foi apresentado documento que comprova o atendimento pelo SUS.

Praticamente todos os processos buscavam o direito à saúde por ações individuais (98,85%), enquanto a tutela coletiva foi proposta em apenas 1,15% dos casos. Este resultado está de acordo com o encontrado nos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Pernambuco (TRAVASSOS *et al.*, 2013). Pode-se afirmar, portanto, que existe forte predomínio da visão do direito à saúde como direito à prestação individual de tratamento médico. Travassos *et al.* (2013) questionam sobre a possibilidade de que este viés de atuação judicial possa influenciar no aumento das desigualdades por privilegiar a dimensão individual do direito à saúde, muitas vezes em detrimento da esfera coletiva. Principalmente considerando questões como a da alocação de recursos de forma a priorizar as necessidades individuais ou coletivas.

O Princípio da proporcionalidade parece ter grande influência nas decisões judiciais, sendo citado em 64,83% delas, ao contrário dos princípios e diretrizes específicos do SUS que só foram mencionados em 0,69% das fundamentações. Isso demonstra claramente que

no Sistema Judicial, em um juízo de proporcionalidade, a garantia individual do tratamento solicitado tem sido julgada como parâmetro preponderante de justiça perante argumentos que compreendem o direito à saúde do ponto de vista coletivo. Essa também foi a conclusão de Travassos *et al.* (2013) e Chieffi e Barata (2009).

A maioria (49,43% versus 46,39%) dos itens requeridos judicialmente não estava contida na política nacional do SUS. Esse resultado aproximou-se do encontrado em Minas Gerais (MACHADO *et al.*, 2011), São Paulo (CHIEFFI; BARATA, 2009) e Santa Catarina (PEREIRA *et al.*, 2010), contrariando outros estudos (VIEIRA; ZUCCHI, 2007) (GOMES *et al.*, 2014) que demonstraram maioria de pedidos dentro das listas oficiais e/ou protocolos do Ministério da Saúde. No que tange especificamente aos medicamentos, 65% das drogas requeridas não constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), e 78,33% não estavam elencados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

Essa constatação explica, em grande medida, a necessidade do autor em buscar o atendimento da demanda pela via da judicialização, já que o ente público organiza sua oferta de acordo com a política pública estabelecida. Fica evidenciado, portanto, que o Judiciário se constitui como alternativa de acesso a tratamentos não disponibilizados pelo rol padronizado SUS. Existe grande dificuldade administrativa e financeira, em muitos casos até impossibilidade legal, para solucionar demandas que envolvem prestação fora dos critérios normatizados.

Entre os fármacos ou tratamentos não padronizados, 70,76% contam com alternativa para tratamento estabelecido pelo SUS. Já em 29,24% dos casos estudados não há ou não foi possível identificar substitutivo para o tratamento dentro da política SUS. Esse percentual foi semelhante ao encontrado em outros estudos de São Paulo (VIEIRA; ZUCCHI, 2007) (CHIEFFI; BARATA, 2009), Minas Gerais (MACHADO *et al.*, 2011).

Para Chieffi e Barata (2009), a defesa dos direitos fundamentais e da implementação de políticas públicas podem ser legitimamente exercidas no bojo de ações judiciais. Entretanto não há como ignorar que a concessão de medicamentos não padronizados nos protocolos SUS se dá sem o devido cuidado com a abordagem de questões coletivas, demandando o deslocamento dos recursos públicos destinados às políticas de saúde para atender demandas individuais que não estão disponibilizadas de forma igualitária e universal a todos os usuários do sistema.

Tal como em estudo realizado no Rio de Janeiro (VENTURA *et al.*, 2010), os documentos juntados pelo requerente, principalmente a receita ou o laudo médico, formam o respaldo central da decisão judicial, uma vez que 76,7% das decisões favoráveis foram emitidas sem mais nenhuma exigência ou busca de novos elementos para concessão da tutela antecipada. Em pouco mais de um quarto das demandas, foi dada a oportunidade ao poder público de manifestar-se previamente à decisão interlocutória, e em apenas 23,56% o magistrado soli-

citou parecer técnico sobre a adequação do tratamento ou alternativa terapêutica oferecida pelo SUS. A primazia da prescrição médica individual sobre os regulamentos e normas sanitárias, como já dito, foi também identificada em outras pesquisas (CHIEFFI; BARATA, 2009), (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Das liminares proferidas, 91,82% foram favoráveis ou parcialmente favoráveis ao requerente; e apenas 8,18% dos casos tiveram o pedido negado. Esses resultados são superiores aos encontrados em pesquisas no Distrito Federal (DINIZ *et al.*, 2012) e sobre judicialização de medicamentos em Minas Gerais (COELHO *et al.*, 2014), cujo percentual de deferimento observado foi menor que 90%. Foi maior que 90% no Rio de Janeiro, Distrito Federal e em São Paulo (TRAVASSOS *et al.*, 2013) e em processos com pedidos de procedimentos de média e alta complexidade em Minas Gerais (GOMES *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Este trabalho trouxe dados importantes que possibilitaram o embasamento de reflexões sobre o processo de judicialização do direito à saúde, tanto no âmbito local quanto regional e nacional.

A demonstração desses dados possibilita identificar fatores sobre os sujeitos envolvidos nesse fenômeno complexo, com detalhamento de aspectos sobre os cidadãos, o poder público e o Judiciário. Diversas premissas apontadas em outros estudos foram testadas no âmbito local, sendo que algumas puderam ser rechaçadas, como a tese da judicialização pelas elites e outras foram confirmadas como a pouca influência dos protocolos instituídos pelo SUS na análise dos pedidos e a altíssima porcentagem de concessão de liminares.

Foram sinalizados pontos de tensão entre a legislação infraconstitucional do SUS e a forma de condução das demandas judiciais, indicando que, se por vezes a intervenção judicial pode garantir a efetivação da política pública, em outros casos houve descon sideração total da organização legal e administrativa estabelecida, apontando para o desconhecimento ou desvalorização dos argumentos e da regulamentação da saúde pública.

É possível apontar, também, que em muitos casos o Judiciário é utilizado com uma nova porta de entrada para acesso a tratamentos a serem custeados pelo SUS. Isso parece ocorrer pela grande facilidade em receber o provimento liminar apenas com base em laudo do médico assistente, sem necessariamente submeter-se a protocolos ou exigências padronizadas com vistas, por exemplo, ao uso racional de medicamentos.

O protagonismo da Defensoria Pública na condução dos processos, das ações individuais como forma de busca da efetivação do direito do ponto de vista subjetivo e da gratuidade da justiça também estão destacados.

Finalmente, este estudo traz importante contribuição ao especificar dados que sugere a importância da oitiva prévia do ente público antes da análise do pedido liminar. O diálogo, ainda que reduzido à simples informação nos autos, entre o Judiciário e a gestão do SUS, parece diminuir a possibilidade da concessão da medida, mesmo com a alta porcentagem de deferimento encontrada.

Por isso, é preciso indicar a necessidade de abertura de novos campos de diálogo entre os sujeitos envolvidos na busca de resultados que, sem descuidar da garantia individual ao direito à saúde, também demonstre maior comprometimento com os princípios e diretrizes da política pública de saúde, sem dúvida uma das maiores conquistas de cidadania no País.

COLABORADORES

ANDRADE, L. C. – contribuiu na concepção do estudo, coleta e análise das informações, preparação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

BISPO JÚNIOR, J. P. – contribuiu na concepção do estudo, análise das informações, preparação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

FERREIRA, L. N. – contribuiu na análise das informações, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

OLIVEIRA, M. H. B. – contribuiu na concepção do estudo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

ASENSI, F. D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 801-820, set. 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Municípios pertencentes a região de saúde de Vitória da Conquista*. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=1>>. Acesso em: 8 out. 2015.

BARCELLOS, A. P. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SARMENTO, D.; SOUZA NETO, C. P. (Org.). *A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

BARROSO, L. R. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. *[Syn]Thesis*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

COELHO, T. L. *et al.* Variáveis jurídicas e de saúde no deferimento de liminares por medicamentos em Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 808-816, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Enunciados aprovados na II Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça*. 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-198, 2014.

DRESCH, R. L. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. (Org.). *Judicialização da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2014, p. 25-59.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

GOMES, F. F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014.

MACHADO, M. A. Á. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Ver. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1079-1088, 2013.

PEREIRA, J. R. *et al.* Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3551-3560, 2010.

TRAVASSOS, D. V. *et al.* Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, 2013.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

Capítulo 2

Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA)

Katiuscy Carneiro Santana
Nair Teles
Maria Helena Barros de Oliveira
Danielle Souto de Medeiros

INTRODUÇÃO

O direito à saúde e o acesso aos serviços a ele vinculados pertencem a um conjunto de direitos fundamentais da pessoa humana reconhecido em diversos diplomas internacionais, tais quais a Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNICEF, 1948); o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (UNICEF, 1966); a Declaração de Alma-Ata (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978); e em instrumentos pátrios como a Constituição Federal da República (BRASIL, 1988) e as Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 2010a; BRASIL, 1990) que instituem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Da mesma forma o é a proteção à criança e ao adolescente com a Convenção sobre os Direitos da Criança, sua Carta Magna (UNICEF, 1989); a Convenção nº 182 e a Recomendação nº 190 relativas ao trabalho infantil e sua eliminação (UNICEF, 1999); que fazem parte dos seis Objetivos do Milênio acordando às metas estabelecidas em 'Um mundo para as crianças' (UNICEF, 2002). Sem negligenciar o âmbito nacional, com destaque para a Constituição da República (BRASIL, 1988); o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a proteção integral; e o Marco Legal da Saúde de Adolescentes (BRASIL, 2005).

Foi a partir do paradigma brevemente acima enfatizado que se começou a interrogar sobre a saúde do adolescente, em especial dos quilombolas, residentes em comunidades rurais do município de Vitória da Conquista, Bahia¹. Tendo em conta os direitos fundamentais da pessoa humana e neles o direito de crianças e adolescentes, como se dava o acesso e

¹ O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada: 'Projeto Adolescer: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes', coordenado pela Prof.^a Dr.^a Danielle Souto de Medeiros, da Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) – *Campus Anísio Teixeira*, em Vitória da Conquista (BA). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS – CAAE: 27939914.7.0000.5556 e número do parecer: 573.843. A pesquisa teve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (Fapesb), através do Edital 30/2013, Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde/PPSUS-BA, MS/CNPq/Fapesb.

a utilização dos serviços de saúde pública por parte desse segmento social? A condição de descendentes dos quilombos lhes remetia à equidade em saúde tal como afirma Whitehead?

The term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust. So, in order to describe a certain situation as inequitable, the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in the rest of society. (WHITEHEAD, 2000, p. 5).

Assim, procurou-se perceber, especificamente, quais os fatores facilitadores e obstáculos da atenção e também a representação social desse grupo sobre o setor. Para tal, a área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) do Pradoso, na zona rural do município, foi o local escolhido para o trabalho de campo².

O presente capítulo refere-se a esse processo de reflexão e aos resultados obtidos durante a investigação. Para tanto, ele se estrutura em seis tópicos que são: acesso à saúde; os quilombos e a diversidade étnica e cultural; o ser adolescente; aspectos metodológicos; resultados/discussão e conclusão.

ACESSO À SAÚDE

Saúde pública é um conceito que entre a primeira metade dos séculos XVI e XIX era inexistente, período esse em que prevalecia a ‘arte de curar’, presente principalmente no espaço rural e em áreas diversas da colônia. No início do século XX, a saúde passa a ser uma preocupação do governo da República em decorrência do crescimento desordenado e insalubre das cidades, em particular da capital e da cidade de São Paulo, fonte de doenças infecciosas, parasitárias, entre outras; enquanto as cidades do interior do País, com condições igualmente precárias de saúde, eram desassistidas desses serviços (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Somente a partir de 1910 tem início um movimento pelo saneamento do campo, com o Serviço de Profilaxia Rural e, mais tarde, com a implantação de um código sanitário para o estado de São Paulo. Entretanto, a exclusão das minorias sociais aos serviços médicos mantém-se, pois a saúde previdenciária criada reconhecia os direitos dos trabalhadores formais, mas deixava à margem os trabalhadores rurais, informais e domésticos (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Dando um salto histórico, em meados de 1970, a saúde pública ressurgiu por meio do movimento pela reforma sanitária brasileira, que permanece sob controle durante a ditadura militar (1964-1985), mas que renasce com força no processo de redemocratização do País.

² Ressalte-se que o estudo aqui apresentado baseia-se na dissertação de mestrado de uma das autoras com vistas à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema ‘Democracia e Saúde’, é destacada a necessidade de descentralização do sistema. No seu relatório final, são lançados os fundamentos do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Nessa conjuntura e impulsionados por profissionais da saúde, estudantes, movimentos sociais, intelectuais que lutavam por mudanças na organização e estrutura da saúde pública, os parlamentares a inserem na Constituição de 1988 como um direito de todos. Na sequência, em 1990, inicia-se o processo de negociação para aprovação das leis complementares que viriam regulamentar o SUS (BRASIL, 2010a; BRASIL, 1990), constituindo a base legal do Sistema. Entretanto, para implementar as mudanças em conformidade com os princípios e diretrizes, era necessário superar o modelo médico hegemônico de atenção vigente no País³. Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) inicialmente foi implantado em áreas rurais, nas periferias das cidades do Norte e do Nordeste, em locais de difícil acesso à assistência médica, tendo como figuras centrais e como elo da equipe com a comunidade o ‘enfermeiro’ e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em um processo de aprimoramento, em 1994, cria-se o Programa Saúde da Família (PSF) (Portaria do Ministério da Saúde n° 692). Inicialmente, ele é implantado nos pequenos municípios com vistas a reorganizar o modelo por intermédio da atenção básica e da implementação de ações de promoção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Desde 1998, o PSF passa a ser visto mais do que um programa, como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência Estratégia Saúde da Família (ESF), em que a prática médica integra-se às de promoção e prevenção à saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Nesse cenário de reestruturação e construção do campo da saúde, há que se considerar o contexto social e econômico da sociedade brasileira. As desigualdades sociais, regionais e locais, estruturais do País, o alto custo dos procedimentos de média e alta complexidade refletem nas condições, no acesso à saúde e na utilização desses serviços⁴. Os grupos em situação social mais precária estão mais expostos às oscilações econômicas, a um maior risco de contrair doenças e de chegar ao óbito. Logo, o aparelhamento do sistema deve considerar as barreiras socioeconômicas de acesso da população. Lembrando que as intervenções que visam minimizar essas diferenças, como é o caso da ESF, têm seu limite uma vez que estão condicionadas pelo contexto socioeconômico e cultural no qual os indivíduos vivem e trabalham (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Desde sua implantação, a ESF vem aumentando sua abrangência com vistas à integralidade da atenção e, gradualmente, modificando as práticas nas distintas unidades de saúde

³ Modelo centrado na medicalização e na demanda espontânea daqueles que buscavam pelos serviços médicos (PAIM, 2008).

⁴ “Há diferentes significações para o conceito de acesso, traduzidas pelos modelos teóricos ao longo do tempo, prevalece, entretanto, a ideia de que acesso relaciona-se com as características da oferta de serviços” (TRAVASSOS; MARTINS 2004, p. 197).

(GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Ao se configurar como ‘porta de entrada’ do sistema local, a ESF deve estar acessível à população, minimizar as barreiras geográficas, culturais, financeiras a fim de atender às necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades.

OS QUILOMBOS E A DIVERSIDADE ÉTICA E CULTURAL

Entre os imperativos salientados, há aqueles adstritos a um grupo específico que corresponde aos descendentes dos antigos quilombos. No período colonial, o Conselho Ultramarino de 1741 o define como ‘toda a habitação de negros fugidos que passe de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenha ranchos levantados nem nela se achem pilões’. Assim é que o termo quilombo associa-se à repressão de escravos negros fugitivos. Todavia, muitos deles originaram-se a partir da compra de terras por escravos alforriados, por posse de terras abandonadas, por doação, ou seja, de maneira pacífica (CARRIL, 2006; LEITE, 2008).

No período pós abolição da escravatura, há uma ressignificação do conceito. Advém um modo de organização social e coletiva necessário para a inserção dos negros libertos. Como consequência, e anos mais tarde, os quilombolas ‘ressurgem’ na história do País e ganham visibilidade com a Constituição de 1988, como reparação pela violação dos direitos e compensação de uma injustiça histórica (VALENTIM; TRINDADE, 2011). A regularização fundiária dos territórios quilombolas passou a ter a proteção do Estado, quando da aprovação do artigo 68 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Em decorrência, são criadas políticas públicas específicas para esse grupo; aqui destacam-se dois projetos estruturantes: o Programa Brasil Quilombola e a Agenda Social Quilombola. Com um modelo de gestão descentralizado e envolvendo 23 ministérios na formulação e execução de projetos voltados para essas comunidades (ARRUTI, 2009). No campo da saúde, a Portaria nº 90/GM de 17 de janeiro de 2008, define um acréscimo de 50% do valor dos incentivos para o PSF e saúde bucal com o objetivo de atingir um financiamento mais equitativo e expandir a ESF nessas áreas (SOLLA *et al.*, 2007).

A identidade quilombola está, pois, associada à ideia de pertencimento a um território, aos laços de parentesco, aos valores, costumes, e o território quilombola é o locus onde essa identidade se constrói; aí se (re)criam as relações sociais, econômicas, políticas, culturais e se produz sua singularidade (CARRIL, 2006; LEITE, 2008).

O ADOLESCENTE E ATENÇÃO À SAÚDE

No entroncamento do acesso à saúde e da complexidade que envolve a história dos quilombos e de seus descendentes, ambos os tópicos já destacados, há um ator social que merece atenção que é o adolescente. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é uma etapa de desenvolvimento situada entre 10 e 19 anos, quando acontecem

transformações de ordem biológica, física, emocional, cognitivas e sociais. O Ministério da Saúde do Brasil segue essa convenção, e, por essa razão, as Diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Adolescente adotam o termo ‘adolescências’ no plural por reconhecer a diversidade de experiências, de condições de vida e características sociais que compõem o universo desse grupo (BRASIL, 2010b).

Ao longo do tempo, chama a atenção alguns documentos internacionais e nacionais que enfatizam a universalização dos direitos da criança e do adolescente, tais como a Declaração Universal dos Direitos da Criança (UNICEF, 1959) – que reconhece o direito à proteção integral; a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989) – com a obrigatoriedade da proteção infantil por parte do Estado com garantia de igualdade e de não discriminação; e o ECA (BRASIL, 1990) – que assegura proteção integral sem distinção de raça, cor, classe social e os reconhecem como sujeitos de direito em condição peculiar de desenvolvimento.

Nessa perspectiva, a ESF e a atenção básica devem organizar-se no sentido de ofertar serviços que sejam acessíveis e utilizados conforme a demanda desse segmento social. A integralidade do cuidado requer que a Atenção Primária à Saúde (APS) reconheça a complexidade do grupo e ofereça soluções adequadas, racionalizando o uso dos recursos para dar respostas acertadas e efetivas a cada caso. Portanto, a entrada do adolescente no sistema deve acontecer, preferencialmente, pela atenção básica, que coordena e integra o cuidado a outros níveis, com vistas à integralidade e resolutividade de cada situação.

CONTEXTO E MÉTODOS DE PESQUISA

Procurou-se levar a cabo os objetivos do estudo por meio do cotidiano de adolescentes quilombolas tendo como pano de fundo os aspectos acima levantados, ou seja, como se lhes dá o acesso à saúde, qual a percepção que têm desses serviços e o que lhes dificultaria ou não a atenção. Para esse fim, o trabalho de campo se deu no povoado de Pradoso, Vitória da Conquista (BA).

Esse município está situado na macrorregião econômica do sudoeste da Bahia, localizado a 510 km da capital do estado, com uma população estimada em 336.987 habitantes. Apesar da alta taxa de urbanização (80%), tem uma extensa zona rural com 248 povoados e 11 distritos. Também é sede da macrorregião sudoeste da saúde, no Plano Diretor Regional, atendendo a uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes, com 73 municípios pactuados (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

A sede da USF do Pradoso é localizada no distrito sanitário de mesmo nome, distante 12 km do centro de Vitória da Conquista (BA). A área adscrita constitui-se de 22 localidades/

povoados, sendo 10 quilombolas e 12 não quilombolas. Os atendimentos acontecem na USF, em igrejas, escolas e nos ‘postinhos de saúde’ localizados nas povoações.

Metodologicamente, optou-se pela combinação dos métodos quantitativos e qualitativos a fim de conseguir uma maior aproximação com o objeto de estudo (FLICK, 2009). Nessa direção, a Técnica de Triangulação de Métodos permitiu analisar o fenômeno sob diferentes perspectivas, ao articular as informações e dados de forma complementar com vistas a obter uma amplitude e uma melhor compreensão da realidade estudada.

Componente quantitativo

Tratou-se de um estudo de corte transversal de base populacional, com abordagem domiciliar, com questionário estruturado aplicado a dois estratos: quilombolas reconhecidos pela Fundação Palmares e não quilombolas. O segundo é considerado como grupo de controle, ou seja, as condições entre ambos são similares com exceção de uma variável, no caso, ser quilombola, o que auxilia na comparação quando da análise dos resultados. As entrevistas com adolescentes totalizaram 390, sendo 167 quilombolas e 223 não quilombolas, com perdas de 15,2% e 12,2% respectivamente.

Componente qualitativo

A técnica de coleta de dados utilizada foi o grupo focal. Ela propicia a interação entre os componentes do grupo e o pesquisador, em que a discussão é direcionada seguindo um roteiro norteador com o objetivo de colher dados sobre a temática a ser estudada.

Foram realizados quatro grupos focais, separados por sexo e por local de residência; todos os participantes tinham utilizado o serviço de saúde nos últimos 12 meses; estudavam na sede do distrito e tinham idade entre 12 e 18 anos. Seguiu-se o sorteio aleatório dos adolescentes, e cada grupo foi composto por 10 participantes, com duração aproximada de 40 minutos; os depoimentos foram gravados e digitalizados, respeitando todas as normas de ética em pesquisa. O material foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009).

Montaram-se três matrizes de análise e definiram-se cinco categorias, a saber: (i) como adolescentes quilombolas e não quilombolas veem o serviço de saúde ofertados pela Equipe de Saúde da Família Pradoso (EqSF Pradoso); (ii) como se deu o contato dos adolescentes quilombolas e não quilombolas com o serviço de saúde; (iii) a percepção dos adolescentes sobre saúde: o que entendem por saúde, as relações que fazem entre saúde-doença e como veem a própria saúde; (iv) onde buscam preferencialmente por cuidados em saúde; (v) as concepções da adolescência: a compreensão sobre essa etapa da vida, o que sentem, como se percebem, qual o tempo/duração que ela tem para cada um. A seguir, a apresenta-

ção sintética dos aspectos mais relevantes decorrentes da análise triangular feita a partir de ambos os métodos, das observações *in locu* e das técnicas empregadas.

SÍNTESE ANALÍTICA E DISCUSSÃO

Percepção sobre saúde

Entre os adolescentes entrevistados, não se depreendeu uma diferença significativa quanto à percepção do que venha a ser saúde, embora os não quilombolas tenham feito referência à saúde enquanto ausência de doença. Nos discursos, predominou a ideia de saúde associada ao estilo de vida, à atividade física, ao consumo de água tratada e à alimentação equilibrada.

Consideraram-se saudáveis, pois a adolescência é marcada por grande vitalidade física e disposição. Verificou-se que 85% deles não procuraram por atendimento nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, 73% autoavaliaram seu estado de saúde como bom/muito bom e 82% com uma qualidade de vida boa/muito boa: “*Eu acho que tem [saúde] de sobra! Adolescente é uma fase que tem muita saúde*” (Estrela – quilombola). “*A minha [saúde] é ótima!*” (Safadão – não quilombola).

Entretanto, é importante salientar que, especialmente nas localidades quilombolas, existem poucos espaços de lazer e para a prática de atividade física. Normalmente, há apenas um campo de futebol de terra onde são disputados campeonatos nos finais de semana. A capoeira e o grupo jovem da igreja católica estão presentes e atuantes. Apesar da implantação de algumas atividades do Programa Brasil Quilombola ter aportado melhorias para a região, ele não foi extensivo a todos. Houve ampliação e cobertura da eletrificação rural (Programa Luz para Todos), teve progresso no âmbito habitacional (Programa Minha Casa Minha Vida-Rural), construção de ‘postinhos’ de saúde nas localidades e a edificação de cisternas para captação de água da chuva.

Os habitantes dessas comunidades quilombolas participam mais efetivamente nos grupos de educação em saúde promovidos pela Equipe de Saúde da Família (EqSF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e nas reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS). Talvez, isso possa explicar a concepção mais ampliada sobre saúde, embora não exista um grupo específico e regular direcionado aos adolescentes. As ações de promoção e prevenção para esse público normalmente acontecem no ambiente escolar, contemplando ações do Programa Saúde na Escola (PSE). “*Eu acho que as pessoas mais doentes são aquelas que se queixam muito da vida, se queixam da sua personalidade. [...] saúde é viver sem preocupações [...]*” (Estrela – quilombola).

A utilização de elementos da prática assistencialista pelos adolescentes não quilombo-

las para representar a compreensão de saúde pode estar relacionada com a própria assistência prestada a esses adolescentes pela EqSF, privilegiando as ações curativas em detrimento das preventivas e de promoção. As ações de educação em saúde não são tão valorizadas pela maioria dessas comunidades não quilombolas, isso pode ser reflexo, em parte, da forma como a EqSF vem concretizando as ações de educação em saúde, mas pode também ser característica da própria comunidade que expressa maior necessidade em solucionar seus problemas de saúde por meio do cuidado clínico.

Serviço e estrutura pública

Para ambos os grupos de adolescentes, a EqSF Pradoso é importante na medida em que procura resolver os problemas de saúde dos residentes e é necessária, principalmente, para aqueles com poucos recursos financeiros. Eles relatam que, embora haja dificuldades para acessar os serviços ofertados, a ‘demora’ está preponderantemente associada à realização de consultas e procedimentos ofertados pela rede de atenção especializada (média complexidade). Nesse sentido, a EqSF Pradoso vem reafirmando esse atributo quando funciona como porta de entrada preferencial no sistema de saúde, embora o cuidado aos adolescentes, quilombolas ou não, realizado pela EqSF do Pradoso era, principalmente, voltado para a demanda espontânea, necessitando, portanto, reforçar o vínculo com esse grupo de pessoas. “*Eu já, só que meu exame demorou de marcar, demorou bastante. Demorou um ano. Foi uma, eu esqueci lá... eu fiz particular mesmo, meu pai fez particular com o médico. Se eu esperasse um ano ia aumentar*” (Menorzinha – não quilombola).

Todavia, eles se sentem preteridos em detrimento do atendimento dado às gestantes, às crianças, aos idosos, às pessoas com deficiência, e por não se ‘encaixarem’ nessas prioridades, costumam esperar muito tempo pelo atendimento.

Às vezes tem esse problema, a gente precisa ir pra escola, aí o dia é marcado pra gente de manhã, aí a gente vai, né. Quando chegamos lá, chegamos até sendo primeiro, só que tem que colocar criança na frente, gestantes, idosos, aí a gente fica por último, aí, às vezes, não somos atendidos, por que temos que voltar pra casa, pra ir pra escola, aí fica sem atendimento. (Estrela – quilombola).

A distância até a USF, o horário restrito de funcionamento, aliados à pouca oferta de transporte, foram apontados como fatores que dificultam o acesso, principalmente, aos cuidados de urgência e emergência em saúde: “*Como de madrugada aqui não tem atendimento, a não ser que vá pro hospital e não achava transporte porque o ônibus não tava rodando, era duas e pouca da manhã aí ou ia de pé ou então morria*” (Estrela – não quilombola).

Os adolescentes quilombolas ressaltaram a frequência com que ocorrem os atendi-

mentos em saúde nas localidades quilombolas. Eles relataram que estes acontecem somente uma vez por mês, o que restringe o acesso da população aos cuidados em saúde.

Só atende de vez em quando, não é direto não. (Madinbu – quilombola).

Quando a gente tem um problema assim como você falou, a gente tem que vir, porque lá no posto só algumas vezes, de mês em mês. (Estrela – quilombola).

Além do que, a oferta dos serviços em geral é limitada: embora os profissionais queiram realizar um bom trabalho, há falta de recursos financeiros e humanos. A USF Pradoso e os ‘postinhos’ possuem estrutura precária, com equipamentos malconservados.

Eu acho que deveria ter mais pessoas trabalhando. Por que só tem um de cada área, um médico e uma dentista. (Nando – quilombola).

Essa questão de atendimento. Ah, alguns postos, ferrugem que comem os armários, essas coisas [...]. (Batoré – não quilombola).

Em todos os grupos, o contato com a EqSF Pradoso se deu por demanda espontânea, principalmente para vacinação, verificação de peso e altura, consulta médica e odontológica. Relataram também que tiveram acesso a algumas ações de saúde que ocorreram na escola, a exemplo de atividades educativas, verificação e atualização do cartão vacinal, avaliação antropométrica.

[...] aí eu tava estudando aí eles chegaram lá aí tinha que medir, pesar e ver a altura, aí eles foram lá e deu a vacina. (Florzinha – não quilombola).

Uma vez ou outra. Esse ano acho que veio só duas vezes [fazer atividade educativa]. No começo e agora. (Estrela – não quilombola).

Preferencialmente, ambos os grupos procuraram a USF Pradoso ou os ‘postinhos’ nas localidades onde residem. Entretanto, quando não conseguem atendimento, as alternativas diferem: os quilombolas buscam por cuidados nos hospitais públicos, e os não quilombolas, nas clínicas privadas.

Assim... eu senti muita pontada no peito, aí ela foi aumentando, aumentando, e fui internada duas vezes [...]. Foi, foi em Conquista! Serviço público. (Princesinha – quilombola).

Você chega lá, aí tem assim: Aqui é particular e aqui é SUS. No SUS as coisas tá quebrada... Nos ricos não, tem um ‘negócio’, televisão, muda o atendimento. [...]. (Bin Laden – não quilombola).

Embora tenham sido relatados casos dessemelhantes de problemas a enfrentar, os entrevistados consideram que a EqSF Pradoso é importante para ajudar e apoiar a comunidade e as pessoas para resolvem seus problemas de saúde.

[...] na maioria das coisas, sempre quando ocorre uma doença é vai direto pro posto, quando mais grave pro hospital, se fechasse, as pessoas não iam ter o mesmo recurso que pode ter. Eu tô doente, se não tiver como eu ir num posto ou num hospital pra eu me examinar, se não tiver isso posso até morrer [...]. (Narizinho – quilombola).

Ser adolescente

Pôde-se perceber que o contexto sociocultural traz diferenças entre ambos os grupos de adolescentes. Tal fato foi evidenciado durante os grupos focais, quando se pôde apreender distintas compreensões sobre essa fase. Embora também tivesse emergido nas falas dos não quilombolas a preocupação em trabalhar para ajudar a família, evidenciou-se uma maior evocação desse tema no discurso dos quilombolas. Eles percebem a adolescência como um período passageiro, quando se participa financeiramente de forma mais efetiva no sustento da família sem, portanto, deixar de pensar nas escolhas futuras; assumem precocemente as responsabilidades afetas à vida adulta, seja no trabalho na roça, nos afazeres domésticos, seja para compor a renda familiar, trabalhando, principalmente, nas feiras-livres.

Na zona rural termina muito cedo, por que não dá pra estudar, aí tem que ir trabalhar. (Nando – quilombola).

Eu ajudo... mainha a vender pastel... ajudo na roça... resta de alho, com farinha na feira. (Caxixe – quilombola).

Embora, na área adscrita à atuação da EqSF do Pradoso, existam iniciativas governamentais que possibilitam a diminuição do trabalho infantil (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – Peti e Projeto Segundo Tempo) e promovem atividades diversas para os estudantes no turno oposto ao horário escolar, ainda é culturalmente marcante e fortemente enraizada nas comunidades a ideia de outorgar aos adolescentes responsabilidades ainda muito cedo. Sendo assim, pelo excesso de trabalho, precarização do vínculo, poucos recursos financeiros, escassez de tempo para se dedicarem aos filhos, as famílias têm dificuldades quanto ao cuidado com a saúde.

Neste estudo, a adolescência está associada a uma etapa de mudanças e ao aumento de responsabilidade, e, embora o fator cronológico delimite seu início e término, os aspectos biológicos, sociais, cognitivos e psicológicos são relevantes. Essa percepção foi mais acentuada no grupo dos adolescentes quilombolas, principalmente, pelo fato de te-

rem limitado esse período da vida de forma pragmática. Eles parecem reproduzir os papéis sociais dos adultos, ou seja, adotam concepções adultocêntricas. “[Adolescência] é depender da minha mãe. A minha [vai] até os 22. Por que eu vou começar a trabalhar pra me manter” (Nando – quilombola).

Pode-se inferir que a concepção de adolescência construída por esse grupo seja reflexo do contexto social, econômico e cultural e da história de lutas para a melhoria das condições de vida que os quilombolas vêm buscando ao longo dos séculos. O discurso predominante é a preocupação em construir um futuro melhor e adquirir responsabilidades mais cedo, ingressando mais precocemente no mercado de trabalho, almejando alterar sua condição social.

Já os adolescentes não quilombolas relacionaram-na principalmente à ‘liberdade’, à exploração do desconhecido, à pouca responsabilidade, cabendo ao adulto, e não ao adolescente, ser responsável, embora ainda esteja presente a ideia de ‘limite’ e responsabilidade.

É a melhor coisa da vida. Você pode fazer de tudo um pouco. Não se preocupar com muitas coisas. [...] Em alguns casos [não] trabalhar. (Batoré – não quilombola).

[...] não é todo adolescente que é realmente responsável. Eu acho que uma pessoa responsável é uma pessoa adulta. (Fá – não quilombola).

Todavia, quando se insere a variável gênero nessa discussão, apreende-se que a relação adolescência e trabalho não foi mencionada pelas meninas, sejam elas quilombolas ou não. Entre elas, o que mais se evidenciou foi a pouca autonomia que possuem nessa etapa da vida e a preocupação em fazer ‘escolhas certas’, de modo que não venham a se arrependem futuramente, uma vez que as opções feitas no presente podem trazer consequências futuras. Então, procuram ‘curtir’ sem extravagância, demonstrando um ‘cuidado’ em não magoar o outro.

Pra mim é um momento de curtir, mas de forma correta, não extragar nas escolhas, porque às vezes a gente escolhe as coisas hoje e no futuro vai ter muitas consequências [...]. Só basta utilizar aquela fase que você tá passando de forma que não vai magoar você, nem as pessoas que estão ao seu redor, [...] adolescência é um momento de escolher as coisas certas [...]. (Estrela – quilombola).

CONCLUSÃO

No panorama apresentado, percebe-se uma evolução positiva, ao longo do tempo, no que diz respeito aos direitos humanos em geral e à saúde em particular de crianças e adoles-

centes. Sua apreensão enquanto um direito fundamental da pessoa humana levou à criação de políticas, programas e planos de ação visando a sua garantia e operacionalização. Nesse contexto, inclusive, populações que há séculos estavam relegadas ao limbo econômico e social são resgatadas, como é o caso dos descendentes dos quilombolas.

Todavia, um olhar mais próximo da realidade lembra que ainda há muito a ser feito para que haja de fato o efetivo exercício desse direito. Isso foi o que mostrou a realidade de adolescentes quilombolas ou não vivendo em comunidades de Vitória da Conquista. A prioridade no cuidado dá lugar a outros grupos aparentemente mais vulneráveis (idosos, pessoas com necessidades especiais, crianças). Os horários inadequados, a distância, o transporte contingente entre as comunidades e os serviços de saúde, entre outros, levam à pouca frequência de ações de atenção.

Segundo os relatos, a diversidade econômica, social e cultural, bem como a origem dos grupos, não leva, na vida cotidiana, à discriminação e ao preconceito. Entretanto, as diferenças entre os adolescentes quilombolas e não quilombolas surgem nas condições de habitação, escolaridade e transporte, nos deficitários espaços de lazer e convívio, no início da fase adulta e na percepção do que vem a ser saúde. Se por um lado os quilombolas têm somente atendimento uma vez por mês em suas comunidades, por outro lado, eles possuem uma visão não curativa da saúde. Na prática, a noção de equidade parece ainda estar distante dos jovens residentes nas comunidades estudadas.

64

Pode-se afirmar, pelos depoimentos, que a apreensão do que se costuma chamar de adolescente, do que se entende por tal, é o resultado de representações cognitivas produzidas e dialeticamente relacionadas entre senso comum e aquilo que é concebido por especialistas. Ambas as compreensões se arquitetam a partir de observações feitas sobre essa etapa da vida, da maneira de ser e de estar significando-o. Há todo um procedimento racional que explica, informa, traduz, categoriza e cria essa fase definindo-a, e, nessa dinâmica, produzem-se diversos 'tipos' de adolescente. A cada momento histórico, um personagem-tipo emerge no cenário social. Nesse sentido, diz-se que ele é objeto de ação e de interpretação dos indivíduos historicamente situados. De fato, há uma multiplicidade de significações constituídas por um conjunto de variáveis consideradas relevantes por aqueles que constroem e determinam o 'ser jovem'. Portanto, as definições variam, por exemplo, de uma classe social para outra, no interior de uma mesma classe, entre os espaços urbano e rural etc. Ao mesmo tempo, as etapas da vida ganham limites, contornos e terminam por ser submetidas a uma espécie de 'especialização', seja no contexto médico/biológico, seja no educacional e social.

A adolescência é o resultado de um processo de normalização e de intervenção baseado em unidades significantes de pensamento que transcendem o símbolo sobre o qual está fundado. Tais processos também são relativos a formas distintas de organização do pensamento (HEEREN, 1970). As políticas públicas e as intervenções direcionadas a esse grupo

social se enquadram nesse processo de racionalização, traduzem a visão que um grupo ou governo tem de um segmento social sobre o qual pretende intervir.

A adolescência vivida por quilombolas ou não se constitui em um segundo nascimento, tenta-se fazer desaparecer a criança que ainda pulsa, é um período de mutação intensa, deseja-se ser um adulto, mas não se tem os meios para tal. Como se viu, ela é movimento de força, de saúde, de promessa de vida, de felicidade, de energia transformadora, de liberdade. Está-se ávido para deixar a segurança da casa dos pais e lançar-se em seus próprios projetos (DOLTO; DOLTO, 1989). Talvez as condições materiais de existência dos adolescentes quilombolas os fazem acelerar esse processo, mas não se percebeu que fosse uma regra, muito mais uma tônica, já que outros de origem diversa também se viam contingenciados a encurtar esse período ao assumir responsabilidades acima de sua maturidade física e emocional.

Os indivíduos têm uma visão de mundo, projetos de vida, que dirigem os seus comportamentos, atitudes e escolhas. São e acreditam ser sujeitos racionais, pois há uma forma de pensar estabelecida a partir da qual se opta de maneira coerente. A diversidade de escolhas amplia sem cessar e acaba por fazer crer que são cada vez mais autônomos. Contudo, ao refletir sobre os depoimentos dos adolescentes entrevistados, percebe-se que esse período da vida permite apreender o movimento, o contraste, o conflito interior do Eu em formação que aparenta ser estável e unificado; e é justamente porque é fragmentado que ele, sem cessar, se esforça para construir uma unidade mesmo que provisória e mutável. O que conta é coletar os pedaços de sentido dispersos e se sentir unificado, se sentir portador de uma totalidade significativa, mais do que fabricar uma unidade com rigor e precisão (KAUFMANN, 2012). As entrevistas refletem esse processo feito ininterruptamente pelo adolescente quilombola ou não, mais do que o exercício do direito à saúde, do acesso e das condições da atenção, pois a precariedade e a desarticulação do setor, as condições de vida, o leva a recolher ininterruptamente os pedaços de sentido dispersos a cada instante na sua vida cotidiana. Ele tenta resolver as tensões de toda ordem que o divide e redefine continuamente a totalidade que dá sentido à sua vida.

COLABORADORES

Santana, K. C. contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e redação do conteúdo. Teles, N. contribuiu no delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e análise crítica do conteúdo. Oliveira, M. H. B. contribuiu no delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e análise crítica do conteúdo.

REFERÊNCIAS

ARRUTI, M. Políticas Públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, M.; HERINGER, R. (Org.). *Caminhos Convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll; Action Aid, 2009, p. 75-110.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. *Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata*. 7. ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2010a. 225 p. (Série legislação; n. 25). Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde um direito de adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Portaria GM/MS nº 692, de 25 de Março de 1994. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/>. Acesso em: 10 out. 2016.

CARRIL, L. *Quilombo, Favela e Periferias: a longa busca da cidadania*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

DOLTO, F.; DOLTO, C. *Paroles pour les adolescentes: ou le complex du homard*. Paris: Hatier, 1989.

ESCOREL, S. TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 215-243.

FLICK, U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Declaração Universal dos Direitos das Crianças*. 1959. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. *Convenção 182: convenção sobre proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação*. 1999. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/all/ipec/download/conv_182.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. *Convenção sobre Direitos da Criança*. 1989. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. *Um Mundo para as Crianças*. Relatório do Comitê Ad Hoc Pleno. Assembléia Geral, Documentos Oficiais, Vigésima sétima sessão especial, Suplemento nº 3 (A/S-27/19/ver.I), Nova York, 2002. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/um_mundo.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. *Pacto dos Direitos econômicos, sociais e culturais*. Dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 215-243.

HEEREN, J. Alfred Schutz and the Sociology of Common Sense Knowledge. In: DOUGLAS, J. (Org.). *Understanding Everyday Life*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1970.

KAUFMANN, J. *Quand je est um autre: pourquoi et comment ça change em nous*. Paris: Pluriel, 2012.

LEITE, I. B. O Projeto Político Quilombola: Desafios, conquistas e impasses. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, set./dez., 2008, p. 965-977.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 215-243.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries Saúde no Brasil*. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

SOLLA, J. J. S. P. *et al.* Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, 2007.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 215-243.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004.

VALENTIM, R. P. F.; TRINDADE, Z. A. Modernidade e Comunidades Tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. *Psicologia política*, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 295-308. jul./dez. 2011.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura de Vitória da Conquista. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Vitória da Conquista*. Vitória da Conquista: 2014. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/?s=plano+municipal+de+sa%C3%BAde+de+2014+a+2017>>. Acesso em: 10 out. 2016.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity in health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. 2000. Disponível em: <<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursosDDS/cursoseng/Textos%20Completos/the%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

Capítulo 3

Ações judiciais sobre medicamentos no município de Vitória da Conquista (BA): efeitos orçamentários entre 2010 e 2014

Jeandro Silva Oliveira
José Rivaldo Melo de França
Maria Helena Barros de Oliveira

INTRODUÇÃO

Este estudo analisa o fenômeno da judicialização da saúde para averiguar o impacto orçamentário das compras de medicamentos por ações judiciais sobre as aquisições de medicamentos adquiridos pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória da Conquista (BA).

No entendimento de Diniz, Machado e Penalva (2014), a judicialização da saúde compreende questões complexas, pela sua amplitude e diversidade de necessidades, ao reclamar nas cortes as ausências de suprimento de bens e serviços de saúde da população. Os autores classificam esses bens e serviços como: insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem correspondidas por serem protegidas pelo princípio do direito à saúde.

A Constituição Federal (CF) de 1988 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos” (BRASIL, 1988). Essa determinação se concretiza por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorpora ações e serviços públicos de saúde organizados obedecendo a princípios da universalidade, integralidade e equidade que contam com diretrizes de descentralização e participação da comunidade, entre outros. O SUS é financiado com recursos do orçamento da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988).

As normas constitucionais, na perspectiva de Barroso (2009), deixaram de ser apenas uma “mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais”, convertendo-se “os direitos sociais em direitos subjetivos em sentido pleno, comportando tutela judicial específica” (BARROSO, 2009, p. 861).

O governo federal tem a responsabilidade legal de planejar o escopo das ações de saúde, além de monitorar o seu desenvolvimento e avaliar os resultados alcançados a cada exercício, bem como prestar contas aos órgãos públicos de controle e subsidiar o controle social, elemento integrante do sistema (BRASIL, 2012) (Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012).

Especificamente com relação ao acesso aos medicamentos, a Lei Orgânica do SUS cita no artigo 6° que inclui nas linhas de atuação do SUS as ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 1990b).

O novo modelo de atenção à saúde implantado com a CF 1988 foi imprescindível à criação de uma política de medicamentos, que foi instituída por meio da Portaria n° 3.916, de 30 de outubro de 1998. A Política Nacional de Medicamentos instituída apresenta as diretrizes e prioridades do segmento e introduz um novo modelo de Assistência Farmacêutica (AF) orientado pela adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 1998).

A Rename deve ser usada para racionalizar as ações na esfera da AF. Para a Organização Mundial da Saúde, os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem necessidades prioritárias de cuidado de saúde da população.

Historicamente, a política de saúde, como determinado pela CF 1988, padece de fragilidade na disponibilidade recursos. A exiguidade de recursos financeiros é um limitador da atuação pública setorial.

Várias tentativas institucionais procuraram amenizar essa questão, a Emenda Constitucional n° 29 (EC 29) (BRASIL, 2000) foi a mais abrangente delas ao estipular as condições de participação dos entes federados no financiamento do SUS. No entanto, os aportes obtidos das três esferas administrativas não foram suficientes para a cobertura financeira dos direitos constitucionais em saúde uma vez que a esfera federal se manteve em um patamar mínimo enquanto as demais intensificaram sua participação (FRANÇA; COSTA, 2011). A regulamentação desse dispositivo constitucional ocorreu em 2012 por meio da Lei Complementar n° 141. Entre as expectativas geradas em torno da promulgação dessa, estava a equiparação da esfera federal aos demais entes, em termos de vinculação dos recursos a sua base tributária, com expectativa de elevação das disponibilidades financeiras do SUS. Nesse sentido, houve certa frustração, uma vez que essa Lei não modificou a condição da participação federal de indexação ao Produto Interno Bruto (PIB) (PIOLA *et al.*, 2013). Os efeitos dessa Lei foram muito satisfatórios em termos da definição do escopo das ações e serviços públicos de saúde, o que definiu com clareza a aplicação dos recursos em ações de saúde (BRASIL, 2012).

Apenas em 2015, a Emenda Constitucional n° 86 (EC 86) promoveu mudança do critério de vinculação dos recursos federais para a vinculação de percentuais da Receita Corrente

Líquida, modificação que gerou frustrações em tempos de crise econômica com redução da arrecadação tributária que compõe as receitas públicas federais (BRASIL, 2015).

A ampliação dos direitos sociais determinada pela CF 1988 elevou e diversificou a demanda por serviços públicos de saúde. No entanto, as possibilidades de financiamento não suportaram o adensamento da oferta pública. Esse quadro originou a precariedade do acesso aos serviços públicos de saúde, principalmente da parcela populacional de baixa renda.

Com respeito ao acesso, a população enfrenta os efeitos da fragilidade do financiamento e os reflexos sobre a precariedade da oferta de produtos e serviços de saúde, que, com grande frequência, englobam as prescrições medicamentosas para a recuperação da saúde. Em várias situações, a população não conta com a disponibilidade de atendimentos médicos e, quando atendidos, muitas vezes, não conseguem obter acesso às prescrições nem adquirir os medicamentos necessários ao tratamento. Autores como Silveira, Osório e Piola (2002) afirmam que o estrato mais pobre da população é o mais afetado, pois seus gastos com medicamentos equiparam-se a quase totalidade dos seus gastos com saúde.

Diante da dificuldade de acesso ao sistema de saúde, surge a necessidade de recorrer ao poder judiciário, para assegurar seus direitos. Conforme argumenta Aguiar (2009, p. 102), “a acentuação do processo de judicialização da política no Brasil tem provocado, em matéria de saúde, inúmeras decisões judiciais, em especial, as relativas ao direito de acesso a medicamentos”.

Na concepção desse autor, as consequências de tais decisões judiciais atingem os processos de planejamento municipais e estaduais, o que gera uma intervenção do poder judiciário nas finanças públicas e, dessa forma, obriga o gestor público a reestruturar seus planejamentos.

A ótica da superposição de poderes é justificada por Keinert (2009), ao sustentar que quando houver a omissão dos Poderes Executivo ou Legislativo, na garantia de um mínimo em termos de direitos sociais, o Poder Judiciário tem o dever constitucional de garantir uma vida digna aos seus jurisdicionados, sendo legítima na interferência de um poder nos outros, pois tem por objetivo harmonizar o sistema constitucional de modo a interferir a fim de prover o mínimo existencial à vida e à dignidade humana.

Na argumentação de Diniz (2014), as implicações da judicialização do direito à saúde criam a possibilidade de efetivação do direito. Contudo, gera o risco de interferência indevida caso a decisão judicial não adote critérios objetivos e uniformes, a partir de informações que sustentem uma correta avaliação sob os aspectos de viabilidade e adequação técnica e orçamentária.

O tema da judicialização da saúde assume alta relevância na atual agenda de gestão do SUS e contrapõe, no debate, juristas e gestores de órgãos governamentais em saúde. O

Conselho Nacional de Justiça (CNJ) divulgou que, no período entre maio de 2010 e abril de 2011, mais de 240 mil processos na área da saúde estavam em tramitação no Brasil. A respeito desse cenário, Fluminhan (2014) afirma que toda a população de um município ou de um estado e, conseqüentemente, a população nacional sofrem os efeitos de decisões que contrariam diretrizes já estabelecidas de forma técnica e democrática.

No município de Vitória da Conquista, as demandas judiciais, principalmente as referentes a medicamentos, têm elevado seus valores no decorrer do tempo. Conforme argumenta Aguiar (2009), a desestruturação no planejamento em saúde pode impedir a execução da política setorial, abrindo espaço para um desfecho por via judicial. Na sua ótica, a responsabilidade é transferida ao juiz, que ordenará a concretização de direitos, podendo causar outro efeito perverso: descontinuidade e interrupção de ações de saúde pública se o Poder Judiciário privilegiar, em suas decisões, direitos individuais e de grupos determinados.

O orçamento municipal da saúde, conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/2012, deve ser feito de forma ascendente, partindo das necessidades de saúde da população, cabendo aos Conselhos Municipais de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2012). Nesse contexto, na visão de Aguiar (2009), a judicialização pode ter efeitos não desejáveis, diante da possibilidade de descaracterizar o planejamento não apenas municipal, como também o estadual e o federal, uma vez que a judicialização garante ao cidadão a eficácia do seu direito, causando distorção no planejamento democrático e de efeitos coletivos, quando garante um direito individual.

Diante do exposto, o tema estudado reveste-se de expressividade, bem como de um caráter de ineditismo, ao se constatar nas pesquisas bibliográficas que a exploração do assunto, relacionado com o município de Vitória da Conquista, não foi motivo de preocupação de outros pesquisadores. Dessa forma, abre-se um campo para que outros estudos avancem na sua exploração.

O estudo proposto com foco em medicamentos justifica-se pelos achados pela pesquisa de Diniz (2014) que apontou, com base em uma revisão bibliográfica, que estudos nacionais indicam que o principal bem judicializado nas cortes são os medicamentos.

A identificação do problema do impacto orçamentário das demandas judiciais por medicamentos no município de Vitória da Conquista leva à formulação da hipótese de que os gastos municipais com medicamentos, por meio de liminares judiciais, estão comprometendo um volume expressivo de recursos do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é analisar a evolução no tempo do impacto orçamentário das demandas judiciais por medicamentos no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2014.

MÉTODOS

Este estudo busca investigar o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil e o seu impacto sobre o orçamento municipal. A estratégia metodológica utilizada tem características de um estudo descritivo. O caráter descritivo, segundo Gil (1999) e Richardson (1999), como o próprio nome indica, refere-se à descrição e identificação das características de determinada população, fenômeno ou situação. Essa abordagem explicita a contextualização dos fatos propriamente analisados, caracterizando um trabalho com características qualitativas e quantitativas. Toda pesquisa, para ser realizada, precisa de um conteúdo, utilizando-se, portanto, da pesquisa bibliográfica para contextualizar o que se quer analisar. Com essa finalidade, devem ser consultadas publicações, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, entre outros (LAKATOS; MARCONI, 1991). Com o propósito de obter ampla referência bibliográfica para esta pesquisa, foram consultadas as fontes de indexação: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde (MS), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), entre outros. Para a pesquisa na BVS, foram utilizados os descritores: (judicialização or 'direito à saúde') and (orçamento or financiamento); (judicialização or direito) and (saúde) and (orçamento or financiamento).

A pesquisa quantitativa considera que todo fenômeno pode ser quantificável, o que significa traduzir em números as informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (GIL, 1991). Esta investigação coletou dados referentes ao impacto gerado pelo fornecimento de produtos pelo programa de medicamentos da SMS de Vitória da Conquista, por meio de liminares judiciais, no intervalo de tempo entre 2010 e 2014, em que foi constatada maior consistência e completude dos dados.

A dimensão quantitativa de análise foi operacionalizada pela coleta de bases de dados, consistiu, portanto, na utilização de dados primários produzidos pela SMS e publicados em fontes secundárias. Os dados oficiais foram coletados nos seguintes documentos de disponibilidade pública: orçamentos da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (PMVC) disponibilizados no Diário Oficial do município; relatórios resumidos da execução orçamentária disponibilizados no Portal da Transparência; empenhos de liminares judiciais disponibilizados no Portal da Transparência; dados do Sistema de Informação em Orçamentos Públicos de Saúde (Siops) disponibilizados no Portal da Saúde do MS.

Os dados coletados foram sistematizados em tabelas de forma a permitir sua análise transversal. Com a finalidade de permitir comparações entre os anos da série, os valores anuais foram deflacionados, a preços de dezembro de 2014, pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), índice usualmente utilizado pelo serviço público nas atualizações orçamentárias. Os

resultados obtidos foram interpretados de forma a gerar elementos para inferências e conclusões que podem resultar em importantes colaborações a atores responsáveis pela gestão do município de Vitória da Conquista, como também para potenciais estudos referentes a outros municípios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de analisar quantitativamente o impacto das despesas com medicamentos, originadas de demandas judiciais, sobre o orçamento da SMS de Vitória da Conquista, os dados coletados na pesquisa, sistematizados em tabelas, são analisados nesta seção segundo sua evolução no período estudado, utilizando-se de comparações percentuais entre os valores dos anos da série apresentada.

A *tabela 1* demonstra as despesas empenhadas em consequência de sentenças judiciais favoráveis aos impetrantes.

Tabela 1. Quantidade de empenhos de liminares judiciais referentes a insumos de saúde

	Medicamentos	Suplemento Alimentar	Mat. Médicos e Laboratoriais	Mat. Cirúrgicos	Fraldas	Total
2010	210	0	7	0	0	217
2011	174	2	4	0	1	181
2012	202	19	29	3	1	254
2013	272	34	87	0	0	393
2014	247	39	93	0	0	379

Fonte: Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde da PMVC (2016).

A leitura da *tabela 1* revela que o maior número de solicitações pelos usuários do sistema de saúde ao judiciário no município analisado é de medicamentos. Comparando os anos do intervalo, verificou-se que, de 2010 para 2011, houve uma queda no quantitativo de liminares, mas, de 2012 até 2014, houve um aumento gradativo, porém não linear.

O aumento expressivo das ações judiciais por medicamento ocorrido em Vitória da Conquista no período pesquisado não é um fato isolado; no Brasil, o crescimento dessa espécie de ações foi o mais expressivo. De acordo com a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), nos últimos três anos, o valor pago em ações judiciais específicas saltou de R\$ 367 milhões em 2012 para R\$ 844 milhões em 2014; um aumento de 129 % no

País. O acumulado desse período é de R\$ 1,76 bilhão. As ações judiciais são motivadas pela falta de acesso a tratamentos no SUS, seja por não disponibilidade dos medicamentos ou porque esses não foram incorporados à Rename.

O aumento, ano a ano, das solicitações de medicamentos por meio de ações judiciais advém de vários fatores: um deles é a baixa condição econômica da maior parte da população que não tem recursos para adquirir os medicamentos, por outro lado, conforme aborda Scheinberg (2009), o poder público não acompanha a evolução da indústria farmacêutica e gera descompasso na inclusão de novos medicamentos na Rename.

Seguindo essa tendência nacional, o orçamento da Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista é impactado pelo aumento de despesa com ações que atendem casos individuais e específicos.

A *tabela 2* demonstra os valores dos empenhos liquidados, registrados no Fundo Municipal de Saúde (FMS) da SMS de Vitória da Conquista, referentes às liminares judiciais no período de 2010 a 2014.

Tabela 2. Valores dos empenhos de insumos em saúde por determinação de liminares judiciais

	Medicamentos (R\$)*	Suplemento Alimentar (R\$)*	Mat. Médicos e Laboratoriais (R\$)*	Mat. Cirúrgicos (R\$)*	Fraldas (R\$)*	Total (R\$)*
2010	151.815,04	-	3.803,13	-	-	155.618,17
2011	356.511,45	10.242,75	11.428,12	-	733,66	378.915,98
2012	383.170,71	171.232,73	72.026,16	4.029,10	2.205,93	632.664,63
2013	293.566,69	99.087,23	113.448,10	-	-	506.102,02
2014	301.130,62	204.855,51	155.592,67	-	-	661.578,80

Fonte: Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde da PMVC (2016).

* Em R\$ de dez. 2014

Em valores reais, a despesa com medicamentos empenhados por meio de liminares judiciais cresceu 98,35% no período analisado. Em 2014, os valores desse item corresponderam a 45,52% de todas as liminares. A análise da série sugere que os demais itens foram estimulados pelos medicamentos nas compras por liminares judiciais, uma vez que eram praticamente inexistentes em 2010. O crescimento das compras por liminares judiciais mais que triplicaram nesse período.

Observa-se na *tabela 2* que, no ano de 2013, os valores de empenhos de medicamentos por liminares diminuíram, apesar do aumento da quantidade de empenhos em relação a 2012 (*tabela 1*). Em observação empírica, foi constatado que a ocorrência se deveu ao fato de a SMS de Vitória da Conquista ter decidido realizar licitações prévias, na modalidade de registro de preços, para a aquisição de medicamentos mais demandados judicialmente, o que gerou uma redução no custo de aquisição.

De acordo com registros das compras de medicamentos no Banco de Preços em Saúde do MS, os preços de compras diminuem com o aumento das quantidades adquiridas (BRASIL, 2013).

A *tabela 3* permite observar uma classificação dos valores empenhados para pagamento de liminares judiciais e a sua finalidade.

Tabela 3. Maior e menor valor dos empenhos por liminares judiciais referente a insumos de saúde

	Maior Empenho (R\$)*	Classificação	Menor Empenho (R\$)*	Classificação
2010	6.605,95	Medicamentos	18,9	Medicamentos
2011	29.372,47	Medicamentos	25,91	Medicamentos
2012	38.424,34	Medicamentos	27,61	Medicamentos
2013	29.445,32	Mat. Médicos e Laboratoriais	10,23	Medicamentos
2014	57.100,00**	Suplementos Alimentares	12,3	Medicamentos

Fonte: Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde da PMVC (2016).

* Em R\$ de dez. 2014

** O valor de 57.100,00 foi empenhado para o atendimento de várias liminares. Os demais valores são para o atendimento de uma única liminar.

Com relação às liminares individuais para aquisição de medicamentos, observa-se que, no período, o menor valor de empenho foi de R\$ 10,23, e o maior valor registrado foi de R\$ 38.424,34, ambos em valores de 2014. A concentração de valores para atender a necessidades individuais dificulta o atendimento das necessidades coletivas atendidas pelas demandas administrativas.

A *tabela 4* mostra as despesas de liminares judiciais comparadas com aquelas de aquisição administrativa de medicamentos distribuídos pela AF do município de Vitória da Conquista.

Tabela 4. Participação percentual das despesas com medicamentos determinadas por liminares judiciais nas despesas gerais com medicamentos

	Medicamentos (R\$)*	Medicamentos Liminares (R\$)*	%
2010	817.357,95	151.815,04	18,57
2011	1.923.968,32	356.511,45	18,53
2012	1.836.566,06	383.170,71	20,86
2013	1.240.669,67	293.566,69	23,66
2014	2.965.030,89	301.130,62	10,16

Fonte: Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde da PMVC (2016).

* Em R\$ de dez. 2014

Pode-se visualizar que o crescimento das compras de medicamentos (363%), no período, correspondeu a quase o dobro das compras por liminares (198%), mesmo assim o fenômeno é quantitativamente significativo. A análise ano a ano aponta que as demandas por via judicial tiveram seu ápice em 2013 quando chegou a quase 24%. Em 2014, o percentual reduziu devido à ampliação da aquisição mais dirigida às demandas judiciais de medicamentos distribuídos para a população, por intermédio do programa farmacêutico do município, como já mencionado. A elevação do acesso aparenta a inibição da pressão da demanda por meio de liminares.

Os órgãos governamentais do Brasil têm uma despesa com medicamentos elevada que vem aumentando ao longo dos anos, levando-se em conta que 72% da população utiliza o SUS, de acordo com dados da Fundação Getúlio Vargas (RICARDO, 2006; SANTINI, 2006), e que, muitas vezes, os programas de AF constituem a única forma de acesso às prescrições medicamentosas para essas pessoas (AUREA *et al.*, 2011). Nesse contexto, esse crescimento de despesa não chega a surpreender.

Por outro lado, em todo o Brasil, a AF tem sido alvo de intensas ações judiciais no que se refere à garantia do acesso a medicamentos não disponíveis no serviço público, embora o acesso aos medicamentos esteja presente na agenda internacional e nacional como um importante tema, inclusive nas metas do milênio (ONU, 2001).

A *tabela 5* mostra as despesas com liminares judiciais comparadas com as despesas globais do setor saúde.

Tabela 5. Participação percentual das despesas por liminares judiciais com relação às despesas gerais da saúde

	Despesas Gerais Saúde (R\$)*	Despesas Liminares (R\$)*	%
2010	141.254.026,64	155.490,10	0,11
2011	156.484.408,63	378.917,16	0,24
2012	165.066.618,85	635.950,13	0,39
2013	172.496.679,26	505.245,37	0,29
2014	183.329.709,84	661.578,80	0,36

Fonte: Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde da PMVC (2016).

* Em R\$ de dez. 2014

É possível visualizar, na *tabela 5*, a evolução das despesas empenhadas para o setor. As despesas efetivadas por liminares tiveram crescimento mais intenso que as despesas gerais com saúde. Enquanto as primeiras cresceram apenas 29,78%, aquelas com liminares elevaram-se mais de 300%. Dessa forma, constata-se a importância que a participação do Poder Judiciário tomou nas decisões do Poder Executivo local.

No que diz respeito à participação das despesas com liminares judiciais na despesa total com saúde, esta evoluiu positivamente no período atingindo 0,36% em 2014, tendo seu ápice em 2012 com 0,39%.

A *tabela 6* apresenta o gasto per capita municipal com as despesas gerais da saúde, bem como com o gasto per capita total municipal com medicamentos e as despesas específicas empenhadas por determinação de liminares.

Tabela 6. Gasto per capita com saúde, medicamentos e medicamentos por liminares no município de Vitória da Conquista

	Despesa com saúde p/ hab (R\$)	Despesa com medicamentos p/ hab (R\$)	Despesa com liminares medicamentos p/ hab (R\$)
2010	463,78	2,56	0,55
2011	534,64	6,21	1,16
2012	533,95	5,85	1,10
2013	524,77	3,68	0,70
2014	558,20	8,72	1,56

Fonte: Siops (2016) e Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde da PMVC (2016).

* Em R\$ de dez. 2014

Observa-se que o gasto total com saúde por habitante no município tem crescido no decorrer dos anos, partindo do valor deflacionado por habitante de R\$ 463,78 em 2010, chegando a R\$ 558,20 em 2014, o que representa uma elevação de 20,35%.

Por sua vez, a despesa total com medicamentos por habitante teve um aumento importante, de R\$ 2,56 em 2010 para R\$ 8,72 em 2014 (240,63%); e a despesa com liminares relativas a medicamentos por habitante evoluiu de R\$ 0,38 para R\$ 0,89 em 2014 (134,21%). Comprova-se um intenso crescimento do gasto per capita com medicamentos por via judicial, mesmo tendo em vista o crescimento do per capita com medicamentos ter sido mais elevado. Cabe ressaltar que o direcionamento do valor per capita por liminares é elevado, em termos de cobertura populacional, uma vez que as necessidades atendidas são, em geral, individuais. Isso significa valores mais elevados proporcionando coberturas populacionais menos expressivas.

O esforço municipal em manter a atuação em saúde pode ser considerado consistente, dada a sua evolução positiva e regular. Embora tenha crescido pouco mais que 13 pontos percentuais, esse crescimento foi positivamente regular.

A *tabela 7* destaca, ainda mais, o citado esforço municipal em seu comprometimento com o financiamento da política de saúde, com percentuais da receita própria investidos em saúde bem acima dos 15% determinados pela Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) e mantidos pela Lei nº 141/2012.

Tabela 7. Percentual da receita própria do município investida em saúde – Emenda Constitucional nº 29.

	% – EC 29
2010	17,54
2011	18,38
2012	20,12
2013	22,89
2014	22,65

Fonte: Siops (2016)

A análise da *tabela 7* demonstra a disposição municipal na atuação em saúde. A relação entre a evolução ascendente e regular do emprego municipal de receitas próprias com o crescimento do comprometimento municipal, conforme o legalmente determinado, evidencia essa afirmação.

O mínimo exigido pela EC 29, que permaneceu na EC nº 86/2013, é de 15%. Todavia o município empregou bem mais do que o obrigatório em saúde, ultrapassando os 20% nos últimos três anos da série.

É nesse contexto de possibilidades financeiras que a AF na rede pública de Vitória da Conquista organiza-se para facilitar o acesso da população às prescrições medicamentosas no âmbito do SUS. No entanto, conforme constatado nas discussões apresentadas neste artigo, a fragilidade do acesso a alguns medicamentos tem estimulado o crescimento das ações judiciais não apenas para o seu fornecimento como também para o de outros insumos de saúde.

CONCLUSÃO

As investigações realizadas sobre a questão da judicialização da demanda por medicamentos em Vitória da Conquista mostram que a determinação de compras por decisões judiciais evoluiu intensamente no período, representando valores significativos com relação às compras administrativas. Os dados analisados indicam que as liminares para compras de medicamentos induziram outras demandas judiciais que passaram a ser mais frequente a partir de 2012. Esses fatos encontram justificativa na literatura, não apenas por meio de várias justificativas. Algumas delas geradas de observações empíricas, a exemplo do declínio dos valores empenhados por demandas judiciais de medicamentos em 2013 no município estudado. Em outras afirmações, que exigiriam um debate mais aprofundado, que pode se constituir em objeto de outra pesquisa, como a questão do descompasso entre a inclusão de novos itens na Renome e a velocidade da criação de novos medicamentos pela indústria farmacêutica.

O impacto financeiro dessas demandas sobre o orçamento da SMS de Vitória da Conquista se manifesta no crescimento da participação dos valores empenhados por determinação judicial com relação aos empenhos globais para aquisição de medicamentos no período. Apesar de essas despesas apresentarem um crescimento maior que os empenhos determinados por liminares, esse fenômeno teve um avanço transversal importante. Ao ampliar essa análise para a comparação com as despesas setoriais globais, as despesas com liminares tiveram um crescimento ainda mais intenso.

Essas constatações permitem inferir que, ao se intensificar as despesas municipais com medicamentos para além do crescimento das despesas globais setoriais, as liminares judiciais se intensificaram.

Ao apurar a análise, incluindo o gasto municipal per capita em saúde de R\$ 558,20 em 2014, observa-se que essas despesas estão acima da média estadual que, de acordo com o Siops/MS, está em torno de R\$ 439,84. Nesse contexto privilegiado no cenário estadual, os

medicamentos apresentam uma importante evolução no gasto per capita, com elevação de mais de 200% no período analisado, estando as liminares com uma elevação de 183%. Nessa visão de análise, cabe ressaltar que o direcionamento do valor *per capita* por liminares é bem mais elevado em termos de cobertura populacional, uma vez que as necessidades atendidas são, em geral, individuais. Isso significa a potencialização dos valores empregados ao proporcionar coberturas populacionais reduzidas.

A observação empírica de que, no exercício de 2013, os valores de empenhos para medicamentos por liminares diminuíram, apesar do aumento da quantidade de empenhos em relação ao anterior, ocorreu devido à decisão da SMS local realizar licitações prévias, na modalidade de registro de preços, para a aquisição de medicamentos mais demandados judicialmente, permite inferir que a elevação do acesso aparenta a inibição da pressão da demanda judicial e que a atividade de planejamento é essencial para promover essa condição.

Do conjunto das observações geradas pelos dados coletados, é possível concluir que o esforço municipal em financiar as ações e serviços de saúde, apesar da estagnação da participação da União e do estado da Bahia, privilegiou a intensificação da AF no período analisado e que a despeito desse direcionamento, acompanhando uma tendência nacional, observou-se a intensificação da judicialização da demanda por medicamentos. Essas inferências sugerem, mais uma vez, fragilidade no planejamento das aquisições.

Esse cenário intensifica o debate entre posições especializadas de que essa interferência de poder representa um ponto de tensão na estabilidade e na sustentabilidade das políticas planejadas e na própria organização do SUS (BARATELA; SOUSA, 2015) e, de outro lado, as perspectivas de que essas decisões judiciais, por meio da perspectiva da micro-justiça do caso concreto, avançam na formação de uma jurisprudência no sentido de compatibilizar a justiça cumulativa, dentro de cada processo, com a justiça distributiva (MARQUES, 2008), o que pode levar a uma correção dos rumos da Política Nacional de Medicamentos.

O escopo dessa investigação não se esgota com este estudo e pode ser estendido ao aprofundamento e diversificação da averiguação das causas como também a outros municípios, possibilitando que futuramente se criem padrões de comparação entre esses, avançando na construção de soluções para o problema do impacto orçamentário gerado por ações judiciais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. Judicialização da política e dogmática jurídica: aportes para uma análise da relação entre saúde, direito e política. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. (Org.). *Direito e saúde: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

AUREA, A. P. et al. *Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011.

BARATELA, D. F.; SOUSA, M. S. *O custo do fornecimento de medicamentos no Brasil. Constitucional*. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14793&revista_caderno=9>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BARROSO, L. R. *O direito constitucional e a efetividade de suas normas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

_____. Da falta de efetividade à judicialização efetiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos, e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Social*, Rio de Janeiro, n. 34, p. 11-43, 2009. Disponível em: <<http://download.rj.gov.br/documentos/10112/168750/DLFE-29287.pdf/rev630402Dr.LuisRobertoBarroso.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 30 out. 2015.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera

os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 30 out. 2015.

_____. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 7 fev. 2015.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 591-598, 2014.

FLUMINHAN, V. P. *A judicialização do direito à saúde no SUS: limites e possibilidades*. 2014. 187 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2014.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. R. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1. p. 241-257, 2011.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KEINERT, T. M. M. Direitos fundamentais, direito à saúde e papel do executivo, legislativo e judiciário: fundamentos de direito constitucional e administrativo. In: KEINERT, T. M. M.; PAULA, S. H. B.; BONFIM, J. R. A. (Org.). *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 87-107.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARQUES, S. B. Judicialização do Direito à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, jul./out. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Metas do milênio*. 2001. Disponível em: <www.onu.org>. Acesso em: 13 out. 2016.

PIOLA, S. F. *et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Textos para Discussão 1.846, Brasília, DF: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

RICARDO, V. Vícios e virtudes públicas. *Revista Conjuntura Econômica*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4. 18-23, abr. 2006.

RICHARDSON, R. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTINI, L. A. A dupla face do gasto público. *Revista Conjuntura Econômica*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 24-25, abr. 2006.

SCHEINBERG, M. *Demora na inclusão leva demanda ao Judiciário*. 2009. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2009-fev-23/demora-incluir-remedio-gratuito-sus-leva-demanda-judicial>>. Acesso: 8 fev. 2016.

SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

Capítulo 4

Judicialização do acesso a medicamentos: análise do itinerário dos usuários

Rodrigo Santos Damascena
William Weissmann

INTRODUÇÃO

Por meio da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), o Estado é conduzido para uma atuação que vise o bem-estar social e a plena cidadania. A saúde passa, então, a ser considerada um direito social expresso nesse ordenamento jurídico por intermédio do seu artigo 196 (MARQUES; DALLARI, 2007).

Nessa perspectiva, a competência do Estado estabelecida constitucionalmente de garantir o acesso aos bens e serviços públicos em saúde transforma-se em atendimento mínimo ante as necessidades básicas vivenciadas pela população (BRASIL, 1990).

A legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou, portanto, um avanço no campo da saúde no Brasil, mas trouxe consigo diversos desafios para sua implementação e efetivação, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos e sua forma de utilização para que as ações de saúde sejam efetivas para os mais de 200 milhões de brasileiros.

Nesse aspecto, nota-se, no cotidiano dos brasileiros, que essas políticas não têm atendido de modo integral às necessidades de cidadãos, ou por falta de recursos, ou por aplicação inadequada destes. Ao verem seus direitos violados, eles têm buscado no judiciário um meio de ter suas necessidades atendidas. Essa atuação do judiciário, no sentido de garantir os direitos individuais e coletivos na busca de bens e serviços no campo da saúde, tem sido denominada judicialização da saúde (WANG *et al.*, 2014).

Entre as ações judiciais voltadas para o campo da saúde, têm sido cada vez mais expressivas as voltadas para a área da Assistência Farmacêutica (AF), sejam na aquisição de medicamentos não disponíveis, medicamentos não padronizados, não registrados no País, em falta no estoque ou em razão dos preços abusivos praticados pelos fabricantes (MARQUES; DALLARI, 2007).

O crescimento dessa demanda pode ser observado em estudos como o de Machado (2011), demonstrando que, em 2005, o governo federal gastou diretamente R\$ 2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e que foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente 3 mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$ 52 milhões. Outros estudos demonstram esses gastos crescentes também por parte dos estados e dos municípios, gerando uma preocupação por partes dos gestores da saúde (LEITE; MAFRA, 2010).

Portanto, a judicialização da saúde, e, particularmente, de medicamentos, tem se tornado de grande interesse atual, pois tem tomado grande volume de importância econômica e de gestão dos serviços públicos (LEITE; MAFRA, 2010). Além disso, vários e complexos são os fatores que levam a esse processo, destacando-se a grande demanda por medicamentos, altos custos de determinados fármacos, influência da indústria farmacêutica, gastos públicos insuficientes, falta de estudo e planejamento na aplicação de recursos em saúde (MARQUES; DALLARI, 2007).

Estudos como, por exemplo, os realizados por Campos Neto *et al.* (2012), Ventura *et al.* (2010), Diniz, Medeiros e Schwartz (2012), têm sido realizados abordando esse tema, principalmente devido à sua complexidade e seus impactos sociais. Entretanto, a maioria deles aborda os aspectos legais do tema, princípios constitucionais em torno dessa problemática, análises estatísticas das demandas judiciais e aspectos financeiros. A percepção do usuário quanto ao seu direito e o itinerário percorrido por ele até chegar à via judicial, e o acesso ou não ao medicamento, ainda são pouco estudados.

Nesse contexto, a reconstrução do itinerário construído pelos usuários e suas percepções na tentativa de resolverem seus problemas de acesso a medicamentos, proposta deste trabalho, podem contribuir para compreensão do fenômeno da judicialização do ponto de vista destes, possibilitando intervenções posteriores no sentido de formular/implementar políticas públicas mais eficazes e organizar a demanda por via judicial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo visando conhecer os itinerários dos pacientes em busca dos medicamentos prescritos para suas doenças ou condições de saúde, assim como suas percepções a respeito do direito à saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis participantes selecionados a partir dos processos judiciais contra o município de Vitória da Conquista (BA) nos anos de 2013 e 2014 que tinham como objeto a dispensação de medicamento(s).

Os dados foram analisados a partir dos discursos gravados e transcritos das entrevistas e dos fluxogramas individuais, de onde emergiram informações que permitiram a interpretação e análise dos itinerários e as percepções dos entrevistados. Para tanto, foi uti-

lizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), com foco na modalidade de análise temática (ou categorial).

Os entrevistados foram selecionados a partir de processos judiciais contra o município de Vitória da Conquista nos anos de 2013 e 2014 que tinham como objeto a dispensação de medicamento(s). O acesso a eles foi feito na procuradoria da saúde do município por meio do seu arquivo físico e por meio digital, com auxílio de funcionário do setor.

Inicialmente, foram pré-selecionados 15 participantes, entre os quais 6 (correspondente a 11,76% dos processos analisados) participaram da entrevista. Algumas entrevistas não puderam ser realizadas (recusa, endereço não encontrado ou ausência no endereço, óbito, selecionado impossibilitado fisicamente de participar da pesquisa).

As entrevistas foram realizadas todas nas residências dos entrevistados, onde inicialmente era esclarecido o objetivo da pesquisa e lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tempo médio das entrevistas foi de 25 minutos.

Foi feita a análise que partiu dos discursos gravados e transcritos das entrevistas e dos fluxogramas individuais, de onde emergiram informações que permitiram a interpretação e análise dos itinerários e as percepções dos entrevistados. Para tanto, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), com foco na modalidade de análise temática (ou categorial).

A PRESCRIÇÃO E BUSCA DO TRATAMENTO NO SUS

O caminho da busca pelo medicamento prescrito geralmente se inicia pelas farmácias instaladas nas unidades básicas de saúde. Essa é realmente a lógica do sistema uma vez que a atenção básica é a porta de entrada e representa o serviço público de saúde mais próximo do usuário. Na visão dos usuários, a unidade básica de saúde só disponibiliza medicamentos mais simples, fazendo referência, em geral, ao custo.

“[...] geralmente pela experiência que eu tenho no posto é medicação mais simples, básica” (E6).

Os usuários que iniciam a busca pela Dires, atual Núcleo Regional de Saúde (NRS), do estado da Bahia, geralmente são os que foram orientados pelos médicos no momento da prescrição, informando que determinado medicamento só está disponível naquele setor. Além disso, percebe-se que os usuários caminham entre o serviço estadual (NRS) e serviços municipais de saúde para obtenção do tratamento.

Cabe aqui uma reflexão importante. A atenção básica é desenvolvida no País com um alto grau de descentralização, capilaridade e conseqüente proximidade da vida das pessoas. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deve ser a principal porta de entrada do sistema e o centro da comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Quando o usuário adentra no sistema de saúde por meio da atenção básica e não recebe as informações e encaminhamentos adequados, ele acaba perdido dentro da rede de atenção à saúde. Ele não sabe ou tem grande dificuldade em percorrer os demais serviços na busca pelo seu tratamento.

É notório que a desinformação e o tratamento por vezes desumano são as principais queixas dos usuários na busca do tratamento, revelando um despreparo do servidor público. Para os entrevistados, a desinformação e o desinteresse durante o atendimento soam como um desrespeito total para com eles. Os serviços de saúde que deveriam aumentar o conforto e diminuir o sofrimento acabam exercendo papel oposto (TRAVASSOS, 1997).

Eu fiquei muito chateada no primeiro né. Porque eles ficaram me fazendo assim: eu ia num lugar ia no outro. Eu ia no estado, o estado dizia que era a prefeitura. Eu ia na prefeitura, dizia que não estava na lista. (E2).

A funcionária falou: têm casos que quando chega o remédio fulano de tal já morreu faz tempo. (E3).

[...] aí você cria aquela esperança: você vem hoje, amanhã, amanhã. (E3).

A Dires tratou a gente até mal no dia quando eu fui lá e falei: o jeito é entrar na justiça. (E5).

Santos (2015), ao analisar a estratégia de saúde da família em Vitória da Conquista, chama a atenção para fragilidades importantes que diminuem o potencial das equipes de saúde da família, destacando o fluxo informacional com uma das deficiências da atenção primária à saúde no município. Provavelmente esse aspecto também influencie para a elevação no número de ações judiciais na área da saúde pública.

OUTROS LOCAIS DE BUSCA

Por conta dos obstáculos e desinformações encontrados nos serviços públicos, o usuário busca outros meios para adquirir seu tratamento que geralmente se inicia pela busca em serviços privados. A suposição de que o medicamento é de alto custo é constatado nessa busca.

Aí eu falei que os medicamentos era muito caro e que nós não tinha condição de comprar. (E5).

Aí eu fui constatar que esta medicação era muito cara e não tinha condições de custear. (E6).

Essa busca ocorre ora antes de iniciar a busca pela via judicial, ora em paralelo com

a espera da decisão e cumprimento judicial. Algumas vezes o usuário já é informado pelo médico que o medicamento é de alto custo e onde pode encontrá-lo.

Nesse momento, o usuário, por vezes, junta seus poucos recursos financeiros para tentar adquirir o medicamento. Em alguns casos, eles recebem também ajuda financeira de amigos, familiares, grupos sociais etc. Essa ajuda parece mitigar o sofrimento enquanto aguardam a solução definitiva por intermédio do SUS. Os relatos de dificuldades financeiras para arcar com o tratamento são encontrados nas falas de todos os entrevistados.

Aí corri atrás da ajuda da minha família e eu consegui comprar uma dose. Eu comprei no valor de R\$ 1.800,00 através de amigos de dentro do hospital, pelo valor do hospital. (E3).

O apoio melhor que eu tive foi a igreja. (E4).

Na época o pai dos meus filhos que corria atrás disso tudo. Ele que comprava. E assim minha mãe me deu ajuda também. Mas eu não pedi de outras pessoas não. (E4).

[...] foi na defensoria, o XXX [servidor], ele falou: dona YYYY [esposa do entrevistado] qual o medicamento que ele está esperando? [entrevistado] Eu não tinha condições. Meu cartão estava estourado. Aí juntou uns 3 lá e fizeram uma vaquinha. Aí eu vim com o medicamento. (E5).

[...] não tinha condições de comprar o remédio. Muitas vezes a igreja passou a doar o medicamento pra gente, mas a gente ficava com vergonha de pedir. (E5).

Uma sobrinha minha que resolve todas essas coisas pra mim e ela chegou a cogitar e falou se a gente não conseguir a gente vai ver um jeito de comprar. (E6).

Observa-se aqui que a formação de redes de apoio social faz parte da busca do usuário na solução dos problemas de saúde (GERHARDT, 2006). Contudo, embora a ajuda seja bem-vinda, a continuidade do tratamento é incerta. Não há uma segurança de que o tratamento seria mantido por meio dos escassos recursos próprios ou por meio da ajuda de terceiros. Além disso, a ajuda advinda de terceiros, embora necessária, parece de certo modo humilhante para os entrevistados. Muitos se sentem envergonhados em receber o medicamento por esse meio.

Ainda nessa peregrinação cheia de obstáculos, os usuários frequentemente buscam vias alternativas, atalhos, para acelerar a resolução do seu problema. Entra em ação o famoso 'jeitinho brasileiro' caracterizado por DaMatta (1997) como uma forma 'especial' de se resolver um problema ou situação difícil. Em geral, vem sob forma de burla de alguma regra

ou norma preestabelecida e, nos casos analisados, vem como forma de agilizar o processo burocrático que causa extrema lentidão no processo. Recorre-se especialmente a pessoas mais influentes, geralmente que fazem parte do seu ciclo de amizade.

[...] eu percebi que quem tem conhecimento de alguém lá dentro à frente as coisas facilitam. (E3).

[...] quem tem alguém dá um empurrãozinho e atende ou então tem que contar com a sorte. (E3).

Além disso, o conhecimento e a condição financeira são fatores determinantes na busca pelo tratamento. Quanto mais simples, quanto menos recursos, quanto menos conhecimento, mais difícil se torna a busca.

[...] é porque ela (a prima) tem muito conhecimento. [...] se fosse eu, oh dó. (E1).

Parece que quanto mais a pessoa tem uma vida humilde, simples, mais difícil é. Porque quando você tem uma pessoa que tem um pouco mais de conhecimento, que sabe lidar com advogado, a medicação até vem praqui, mas se fosse eu sozinha lá falando ela não viria pra mim não. (E3).

[...] foi essa sobrinha minha. [...] ela é bem culta. (E6).

A dificuldade de acesso atinge, portanto, os cidadãos mais pobres e com menos conhecimento que, em contrapartida, são os que mais necessitam dos serviços públicos de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

A DESCOBERTA DA VIA JUDICIAL

A maioria dos entrevistados desconhecia, a princípio, a utilização da via judicial para obtenção de medicamentos. A maioria obteve a informação por intermédio de amigos ou familiares. Esse resultado é diferente do encontrado por Lima (2009) ao analisar as demandas judiciais do estado do Amazonas, onde a informação inicial vinha, em sua maioria, por meio dos médicos. Isso sugere uma popularização do conhecimento sobre o tema que começa a ser difundido nos diversos setores da sociedade.

Quem indicou foi minha prima. Ela que me pegou aqui e me levou lá. Ela que conseguiu. (E1).

[...] foi onde apareceu uma pessoa que é esposa de um advogado e ela falou: vamos colocar em um advogado para ver se facilita conseguir esta medicação. (E3).

[...] foi minha filha que falou pra gente: eu tenho uma conhecida que a mãe dela tem um problema e não conseguiu remédio assim e foi pra justiça. Recebe até hoje. (E5).

Foi essa sobrinha minha. Quando Ela viu minha situação [...] ela disse: nem que a gente precise colocar na justiça. (E6).

Entretanto, o profissional médico também representa um dos informantes que direcionam o usuário a buscar a via judicial para obtenção do tratamento, provavelmente por se deparar com situações semelhantes no cotidiano. Nesses casos, em geral, os usuários não buscam nenhum serviço público e seguem direto na busca do tratamento pela justiça.

Ainda sobre a fonte de informação para acesso por essa via, um fato curioso observado foi a indicação da via judicial pelos próprios servidores ou estimulado por colocações dos servidores no momento do atendimento. Isso ocorreu mesmo quando se tratava de medicamentos previstos em listas oficiais, gerando profundos transtornos para os usuários além das despesas dos processos judiciais.

Aí eles responderam que era de responsabilidade do município essa medicação, que estava na 'reumane' [Remume – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais] do município, e que o município que tinha que me fornecer essa medicação. Aí eu fui para o município com essa justificativa. O município disse que realmente fazia parte, mas que como era uma medicação que não tinha muita saída, que eles não colocavam na lista de compra porque vencia. Que era mais fácil eles esperar o paciente entrar na justiça que eles comprar, porque ficava mais barato pra eles, entendeu. Que eu tinha que procurar a justiça. A própria prefeitura me indicou. (E2).

No momento eu ouvi a menina dizendo: oh meu Deus, têm pessoas aqui que já, inclusive seu José, ele vem aqui todo dia e praticamente o medicamento dele nunca chegou. Agora fulano de tal deu o nome ontem e já quer receber o remédio. Têm casos aqui que quando chega o remédio fulano de tal já morreu faz tempo. Aí eu me desesperei quando vi aquilo. Porque eu estava aflita. Minha esperança era q o remédio fosse pra ontem. (E3).

Embora o poder executivo lute diariamente contra as ações judiciais interpeladas contra ele, de forma ambígua, ele acaba gerando ou estimulando mais ações por intermédio de seus servidores. Isso mostra mais uma vez o despreparo desses profissionais que acabam por ampliar o problema da judicialização mediante informações desconstruídas, do atendimento desumano e da indicação da via judicial para obtenção do tratamento, mesmo que este esteja padronizado.

Além disso, não se percebe uma preocupação com a estruturação dos serviços e a ca-

pacitação dos funcionários no intuito de reduzir as demandas por via judicial. Embora esse seja um tema de preocupação por parte dos gestores, a prática diária dos serviços públicos não envolve ações que possam reduzir o fenômeno da judicialização.

PEREGRINAÇÃO PELA VIA JUDICIAL

A principal motivação encontrada para utilização da via judicial foi a falta do medicamento não padronizado nos serviços públicos, aliada à falta de recursos para arcar com o tratamento. Contudo, percebe-se que mesmo os padronizados são solicitados por via judicial, e, neste segundo caso, a principal motivação foi a falta nos setores de dispensação de medicamentos aliada à demora no seu recebimento. Delduque e Marques (2010, p. 104) alertam que:

[...] o deferimento em juízo de medicamentos constantes de listas oficiais e prescritos por médicos vinculados à rede pública de serviços de saúde revela um possível desabastecimento da rede pública o que pode ocasionar sérios problemas à população assistida pela política de assistência farmacêutica. (DELDUQUE; MARQUES, 2010, p. 104).

Nesse aspecto, a via judicial parece ser a última esperança encontrada pelo usuário em sua peregrinação na busca pelo medicamento. Eles a veem como uma forma de fazer cumprir seu direito a partir da disponibilização do medicamento solicitado. Quando o usuário chega à via judicial, na maioria dos casos, ele já percorreu inúmeros serviços, porém sem sucesso. Além disso, a via é vista como forma de acelerar o processo burocrático do serviço público.

De primeira mão assim eu estava com muita fé e achei que pudesse ser muito rápido. (E3).

[...]entrou na justiça porque não recebia e não tinha condições. (E5).

Eu me senti de pés e mãos atados porque um medicamento que foi indicado pra você e você vê as portas se fechando. É muito complicado. [...] Nem que a gente entra na justiça pra ter essa medicação. (E6).

[...] não obtive êxito em tá conseguindo a medicação aí eu tive que procurar a justiça. (E6).

Pepe *et al.* (2010) consideram consenso e legítimo o uso da via judicial para fornecimento de medicamentos presentes em listas oficiais para concretização dos direitos individuais. Todavia as divergências encontram na utilização da via para obtenção daqueles não constantes nessas listas.

A principal justificativa do réu para o não fornecimento de medicamentos é a sua ausência em listas oficiais. Contudo, a recusa baseada apenas nesse preceito significa negar o direito do indivíduo em ter suas particularidades avaliadas, uma vez que a elaboração de tais listas não leva em consideração condições específicas não previstas ou não prevalentes que podem acometer o indivíduo (SANT'ANA *et al.*, 2011).

É unísono nos discursos dos entrevistados que eles retomam suas forças e renovam suas esperanças na busca pelo tratamento após entrarem pela via judicial. Entretanto esse também não é um processo rápido. Em geral, os usuários são informados que haverá um tempo de espera em torno de 3 meses para liberação do parecer. Essa informação vem por parte dos servidores da defensoria pública. Todavia, para aqueles que já aguardaram há bastante tempo por outros caminhos, o tempo de espera na via judicial é considerado curto.

A maioria dos entrevistados (5 entrevistados – 83,33%) adentrou a via judicial pela Defensoria Pública. A escolha da via não parece estar relacionada com a renda, mas com a informação obtida durante a busca pelo tratamento, diferentemente do observado por Lima (2009) em trabalho semelhante. Muitos desconheciam até o momento a existência e a função da Defensoria Pública.

[...] fui na secretaria e já me orientou isso aí. Fui na defensoria pública. (E2).

[...] ela [a amiga] falou: vamos colocar em um advogado pra ver se facilita. (E3).

Como, para ingressar pela Defensoria Pública, o cidadão precisa comprovar sua baixa renda, pode-se inferir indiretamente que este também não possui condições de arcar com o tratamento. Nesse caso, não se pode afirmar que as demandas judiciais estão reduzindo ou indo de encontro ao princípio da equidade, uma vez que seus demandantes não possuem recursos para arcar com o tratamento e necessitem do serviço público para tal.

Além disso, a tutela antecipada tem sido a principal forma de deferimento antes mesmo do julgamento do mérito. Isso se deve principalmente ao fato de que a demora processual pode ocasionar um agravamento da doença ou mesmo a morte do demandante, representando, portanto, uma ameaça ao direito à vida (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Percebe-se que, também, a via judicial tem se tornado cada vez mais a via comum de acesso a medicamentos não disponibilizados nos serviços públicos. Paralelamente a isso, não se percebe uma busca pelos serviços públicos em dispensar um melhor atendimento com o intuito de reduzir o problema.

[...] vamos colocar em um advogado pra ver se facilita, pra você conseguir essa medicação. Foi onde eu coloquei na justiça. (E3).

O jeito é entrar na justiça. (E5).

A via judicial, cada vez mais solicitada, é uma tentativa social de aproximação entre a teoria contida nas leis vigentes e a prática do direito vivido (VENTURA *et al.*, 2010). Marçal (2012) observa como possível consequência da judicialização a inclusão de medicamentos na Rename podendo indicar uma melhora nos serviços da AF pressionados pela atuação intensa e crescente do Judiciário, buscando adequar seus serviços baseados nas reais necessidades e demandas da sociedade.

Para Vianna *et al.* (1999), esse crescimento do número de processos judiciais é mais que um fenômeno jurídico, é um fenômeno social:

A valorização do judiciário viria em resposta à desqualificação da política e ao derruimento do homem democrático, nas novas condições acarretadas pela decadência do *Welfare State*, fazendo com que esse Poder e suas instituições passem a ser percebidos como a salvaguarda confiável das expectativas por igualdade e a se comportar de modo substitutivo ao Estado, aos partidos, à família, à religião, que não mais seriam capazes de continuar cumprindo as suas funções de solidarização social. (VIANNA *et al.*, 1999, p. 25).

94

O desgaste gerado pela via judicial não deveria ser necessário para os entrevistados. Contudo, diante da ineficiência dos serviços percorridos, essa é a última porta buscada pelo usuário.

Só que não precisava desse transtorno todo não. Poderia ser com mais facilidade. Ser mais fácil. Porque o direito não precisaria depender da justiça para ser cumprido. (E2).

Eu acho uma falta de respeito com a pessoa. [...] eles poderia liberar rapidamente. (E4).

Eu acho que não era pra ter chegado, eu não queria que chegasse nesse ponto, mas o jeito foi esse. (E5).

O relato feito pelo entrevistado E5 mostra o desgaste, o sofrimento, encontrado pelo usuário na busca do medicamento. Tratamento por diversas vezes humilhante.

[...] mas até eu conseguir eu fui massacrado, fui pisado, fui humilhado. Todo dia eu ia. Eu ficava com vergonha de ir lá. O pessoal falava: o que o senhor está querendo? Eu quero uma resposta [usuário]. Tem não [servidor]. (E5).

Diante do exposto, todos os esforços para reduzir a necessidade do cidadão em buscar a via judicial para aquisição de um serviço ou insumo devem ser realizados.

CONCLUSÃO

Embora a saúde seja um direito social garantido por meio da Constituição Federal, sua consolidação no cotidiano dos brasileiros parece distante. Isso tem refletido em um número elevado de demandas judiciais, em especial no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos pelo SUS.

A atuação do Judiciário tem possibilitado a concretização, embora individual nos casos analisados, da saúde como um direito, pelo menos em parte. Contudo, ainda foram encontrados na pesquisa cidadãos que, mesmo por intermédio da via judicial, não tiveram sua demanda atendida. Isto reflete a dificuldade de consolidação da saúde como direito mesmo por meio dessa via.

Apesar de analisar apenas as falas dos usuários, fica evidente a necessidade de uma reestruturação da saúde pública para que sejam dispensados aos cidadãos serviços de qualidade que possibilitem um acesso integral e universal. Além de um tratamento mais humanizado, é destacada a importância de um olhar mais atencioso dos representantes do povo para a área da saúde.

Embora não se possa negar os avanços da AF nas últimas décadas, existe ainda uma lacuna muito grande a ser trabalhada pelos gestores. A simples elaboração de listas, protocolos e diretrizes terapêuticas não tem se mostrado capaz de atender às necessidades reais da população, tendo seu reflexo no elevado número de ações judiciais. Além disso, a presença de um elevado número de solicitações de medicamentos presentes nessas listas demonstra que nem mesmo a política pública está sendo concretizada. Esse é, portanto, um dos pontos que deve ser levando em consideração pela Gestão da Assistência Farmacêutica do município.

No tocante à judicialização, a busca de assistência técnica por parte do judiciário tem se mostrado um avanço em nível nacional, tornando possível a elaboração de decisões mais precisas no caso concreto. Além disso, o diálogo entre o Executivo e o Judiciário também tem possibilitado que as intervenções do último levem em consideração as políticas públicas existentes, sem que, contudo, isso seja um limitador do direito individual.

A busca individual em todos os casos analisados demonstra uma necessidade de um aprofundamento das discussões relacionadas com o direito à saúde no âmbito coletivo. A ampla participação social nesse processo poderá legitimar as restrições absolutamente necessárias (VENTURA *et al.*, 2010). Nesse aspecto, discussões mais abrangentes acerca do tema em espaços de participação popular, como os conselhos locais

e municipal de saúde, são de grande relevância para adequação dos serviços às reais necessidades da população.

Portanto, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde essenciais, incluindo os medicamentos, por meio de políticas públicas mais abrangentes e disponibilização de recursos para tal é, possivelmente, o caminho para a redução da judicialização e concretização do direito à saúde no País.

Ressalta-se ainda a importância de estudos posteriores que possibilitem um aprofundamento das questões que foram parcialmente tratadas neste trabalho, além da análise dos olhares de outros atores envolvidos no processo de judicialização no município, como gestores, servidores da saúde e integrantes do judiciário.

Cabe destacar que a judicialização da saúde ou de medicamentos não é um problema restrito ao município estudado, como demonstrado nos estudos listados nesta dissertação, necessitando-se de maiores discussões em nível estadual e federal para mitigação do problema.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 fev. 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF. 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 6 dez. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E: legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 6 dez. 2016.
- CAMPOS NETO, O. H. *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012.
- DAMATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- DELDUQUE, M. C.; MARQUES, S. B. A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. *Acta Tempus*, Brasília, DF, v. 5, n. 4, 2011.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, mar. 2012.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006.
- LEITE, S. N.; MAFRA, C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.
- LIMA, V. M. C. L. *Peregrinação, empoderamento, retrocessos no acesso a medicamentos por via judicial no Estado do Amazonas - Brasil*. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.
- MARÇAL, K. K. S. *A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010*. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MARQUES, O. R. A.; MELO, M. B.; SANTOS, A. P. S. Ações judiciais no âmbito do sistema único de saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da região sudeste. *Rev. de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 1, 2011.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

SANTOS, A. M. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Vitória da Conquista. In: ALMEIDA, P. F. A.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015.

SANT'ANA, J. M. B. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington DC, v. 29, n. 2, fev. 2011.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010.

VIANNA, L. W. *et al.* *Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

WANG, D. W. L. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gastos públicos e organização federativa. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, out. 2014.

Capítulo 5

Benefícios previdenciários dos indivíduos acometidos por hanseníase: sujeitos, direitos e trajetórias

Carla Gabriela Costa Pio
José Patrício Bispo Júnior
Luciana Araújo dos Reis
Adriano Maia dos Santos

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das enfermidades mais antigas do mundo. Apesar de ser uma patologia que remonta a séculos antes de Cristo, ainda nos dias de hoje constitui-se um problema de saúde pública para países em desenvolvimento como o Brasil (EIDT, 2004; MARTINS, 2009). A despeito dos avanços no combate à hanseníase, o País ainda não alcançou a meta estabelecida de redução da prevalência para menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes, meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reiterada pela Declaração de Bangkok (MORHAN, 2015). O panorama epidemiológico da hanseníase no Brasil é marcado pela dificuldade de erradicação da doença, tornando um problema persistente na saúde pública brasileira.

Trata-se de uma patologia associada às desigualdades sociais, pois afeta principalmente as regiões mais carentes do mundo (DOMINGUEZ, 2015). A doença possui uma questão social marcada pela violação de direitos humanos desde a prática do isolamento compulsório até os dias de hoje. A condição social da hanseníase é menosprezada e representa um desafio na luta pela cidadania e qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esse agravo.

Ainda que seja uma afecção curável, a hanseníase é uma patologia infecciosa crônica que pode levar a incapacidades físicas. O bacilo responsável pela afecção atinge a pele e nervos e causa sérias incapacidades físicas e sociais quanto mais tardio for o seu diagnóstico e tratamento (AMARAL; LANA, 2008).

As incapacidades físicas e deformidades geradas pela hanseníase podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos (BRASIL, 2002; LANA *et al.*, 2008), sendo, portanto, os principais problemas dessa patologia. Considerando que essa doença atinge em maior proporção as pessoas em idade produtiva, o

desenvolvimento de incapacidades pode interferir em suas atividades laborais, sob o risco de excluí-las do mundo do trabalho e, conseqüentemente, de obterem meios financeiros de subsistência para si e sua família, com impactos negativos na qualidade de vida desses indivíduos (AMARAL; LANA, 2008; GOMES *et al.*, 2005).

Devido à inaptidão para o trabalho, muitos indivíduos acometidos por esse agravo necessitam requisitar auxílios da Previdência Social. Dessa forma, o objetivo do estudo é analisar a garantia dos direitos previdenciários e a trajetória do pleitear desses direitos por indivíduos acometidos por hanseníase em Vitória da Conquista (BA).

Apesar de existir uma considerável literatura sobre a hanseníase, questões como a garantia de direitos dos indivíduos acometidos pela doença permanecem pouco exploradas, mantendo na obscuridade a compreensão se, de fato, os direitos desses indivíduos são assegurados. Diante desse contexto, o estudo apresenta relevância científica e social, visto que preenche lacunas não explicitadas pela literatura científica atual e contribui para a proteção e acesso aos direitos, por meio de discussões pertinentes acerca da hanseníase à luz dos direitos humanos com enfoque nos direitos previdenciários.

A pesquisa traz subsídios para compreender a relação entre incapacidade física e benefício previdenciário centrada na realidade vivenciada pelos indivíduos afetados pela doença. Por meio da compreensão da trajetória desses sujeitos na busca de benefícios previdenciários, foi possível identificar as barreiras existentes no pleitear desses direitos. Do mesmo modo, aponta estratégias de enfrentamento da vulnerabilidade social que permeiam a doença no que tange à proteção e ao respeito dos direitos previdenciários dos indivíduos acometidos por hanseníase.

Ademais, destaca-se que a importância do presente estudo não se limita apenas aos indivíduos atingidos pela afecção, uma vez que poderá contribuir para a organização e aprimoramento dos serviços de saúde e dos órgãos responsáveis pela previdência e assistência social no município e em outras localidades.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de delineamento qualitativo, realizada com os indivíduos acometidos por hanseníase no município de Vitória da Conquista. Optou-se pela abordagem qualitativa com o intuito de explorar a realidade vivenciada pelos sujeitos, adentrando em suas dimensões subjetivas.

Vitória da Conquista é o terceiro maior município da Bahia, está situado na região Sudoeste do estado, ocupando uma área territorial de 3.704,018 km², e possui uma população de 340.199 habitantes (IBGE, 2015). Com um sistema de saúde que atende ao município e cidades circunvizinhas, Vitória da Conquista busca o fortalecimento da atenção básica, ten-

do a saúde da família como estratégia para a mudança do modelo assistencial no município. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015).

Os participantes do estudo foram pessoas com incapacidades físicas graves decorrentes da hanseníase e que demandaram auxílio da Previdência Social. A identificação desses sujeitos foi realizada a partir dos dados do Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária de Vitória da Conquista. Trata-se do centro de referência para assistência à hanseníase no município que atua na perspectiva da atenção à saúde, da prevenção, da assistência, controle e diagnóstico da doença. Dessa maneira, entre as suas competências, está a busca de casos na comunidade, diagnóstico adequado, tratamento e controle da doença até a cura e manejo das complicações. Atende a toda a população regional com suspeita de hanseníase, dentro de uma abordagem integral (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015).

Foram investigados os prontuários dos indivíduos acometidos por hanseníase, assistidos pelo Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária no período de 2010 a 2015. Identificou-se, para o período, 300 prontuários de pessoas assistidas pelo Centro. Estes foram analisados e, em conformidade com os critérios de inclusão, foram identificados todos os indivíduos com grau 1 ou 2 de incapacidade física devido à hanseníase e que solicitaram relatório médico e/ou fisioterapêutico para pleitear benefícios previdenciários devido à redução da capacidade laborativa, perfazendo um total de 57 indivíduos.

Desse total, um indivíduo foi excluído de participar da pesquisa por possuir condição de saúde psíquica e cognitiva alterada que inviabilizou uma adequada compreensão e interação entre o sujeito e o pesquisador durante a entrevista. Da mesma forma, foram também excluídos 12 indivíduos não localizados a partir dos contatos do centro de referência; 10 indivíduos com endereço equivocado pela impossibilidade do contato; 8 indivíduos demonstraram falta de interesse; 1 indivíduo havia falecido e 5 recusaram ao convite de participar da pesquisa. Totalizando, por conseguinte, 20 participantes de estudo.

O contato inicial com os sujeitos do estudo ocorreu por telefone, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os para participar dela. Posteriormente, um novo contato foi estabelecido pessoalmente na residência dos indivíduos, para prestar os esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre a participação que consistiria em uma entrevista gravada com o livre consentimento e agendada em local, data e horário conforme a disponibilidade e conveniência destes. Priorizou-se ambientes que permitissem a privacidade para responder à entrevista sem constrangimento.

As informações que subsidiaram a pesquisa foram coletadas mediante entrevista semiestruturada. A entrevista foi direcionada aos voluntários sempre do mesmo modo, seguindo um roteiro semiestruturado de entrevista, deixando-os livre para falar. Em todas as entrevistas, o entrevistador manteve o tom de voz calmo e a expressão verbal e corporal tranquilas. O período de sua realização ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e, posteriormente, foram transcritas, dando início à etapa de análise dos dados. As falas dos voluntários da pesquisa foram categorizadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). O emprego dessa técnica para discussão dos resultados da pesquisa foi organizado em três etapas. A primeira consistiu da pré-análise, a segunda foi a exploração do material e na terceira etapa realizou-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, manteve-se permanente atenção nos princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz conforme parecer 1.248.818. Todos os esclarecimentos pertinentes à pesquisa foram apresentados verbalmente para os voluntários que aceitaram livremente participar do estudo juntamente com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados e a identidade dos voluntários foram tratados com padrões científicos de sigilo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descoberta, diagnóstico e tratamento da hanseníase

Ao considerar que a hanseníase é uma doença que carrega muito estigma, as falas dos sujeitos do estudo revelaram diversos sentimentos quanto ao momento de descoberta do diagnóstico, tais como: susto, surpresa, abalo, choque, medo e tristeza. Alguns discursos demonstram as dificuldades enfrentadas pelos sujeitos no diagnóstico da doença, como demora em concluir o diagnóstico e diagnóstico equivocado.

Eu cheguei lá e o médico falou assim: você tem trombose. Não é todos os médicos que conhece essa doença. Aí ele: vou te dar aqui uma injeção de trombose, depois vamos esperar um neuro chegar aí e vamos amputar seu braço, aí eu fiquei preocupado. [...] Eu já tinha ido no hospital duas vezes, mas o médico falou que não era nada, que era um problema nas juntas, e eu pegava muito peso, aí forçou, me passou uns remédios e eu fiquei tomando, mas não melhorava, não sarava. (Entrevista 12).

Essa realidade descrita por alguns sujeitos sugere que, apesar dos esforços em combater a hanseníase no País, ainda há um despreparo por parte de alguns profissionais de saúde em diagnosticar a doença. Tal situação ocasiona diagnósticos tardios com consequentes sequelas, visto que a principal forma de prevenir a instalação de incapacidades físicas é o diagnóstico precoce.

Os resultados do estudo de Aquino *et al.* (2015) apontam que os indivíduos com hanse-

níase atravessam por uma longa peregrinação em busca do diagnóstico da doença. Segundo os autores, isso é um indicativo do despreparo dos profissionais em todos os níveis de atenção, assim como da necessidade de educação permanente em saúde.

Apesar da poliquimioterapia ser o tratamento mais indicado para a doença, não se pode deixar de considerar os efeitos adversos provocados por esses medicamentos do esquema terapêutico. Tais medicações trazem desconforto físico aos indivíduos em tratamento e são frequentemente a causa de resistência e abandono dos acometidos.

Repercussões físicas, sociais e econômicas da hanseníase

Alguns dos sujeitos relataram deformidades físicas decorrentes da hanseníase. A presença destas retrata a importância do diagnóstico e tratamento precoce. A prevenção dessas deformidades restabelece não apenas a funcionalidade motora, mas também contribui para reduzir o sentimento de exclusão social vivenciado por esses indivíduos. *“Tive incapacidade física nas mãos, tá virando mão de gato, caída...”* (Entrevista 08). *“As duas mãos ficaram em garra!”* (Entrevista 19).

Evidencia-se a relevância de estimular ações mais eficazes dos serviços de saúde com relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. A educação permanente dos profissionais de saúde acerca do combate à afecção deve ser constantemente fortalecida. Do mesmo modo, iniciativas de educação em saúde que promovam uma maior divulgação das características da doença colaboram para que os indivíduos acometidos possam reconhecer os sinais e sintomas e procurar o tratamento precocemente. Considerando o risco de desenvolvimento de deformidades físicas, as repercussões de estar com hanseníase em idade economicamente produtiva vão além dos âmbitos pessoal e social e interferem negativamente na economia local (RIBEIRO, 2012).

As incapacidades físicas relacionadas com a hanseníase constituem-se em desafio à saúde pública devido ao impacto que tais incapacidades causam não apenas nas atividades laborais, como também na participação social dos indivíduos acometidos por esse agravo. As incapacidades físicas decorrentes da doença impactam significativamente no cotidiano dos sujeitos acometidos, com limitantes repercussões em suas atividades de vida diária.

Para um grupo dos sujeitos, houve prejuízo em atividades básicas de higiene pessoal, como tomar banho. A perda da autonomia em realizar esse hábito diário favorece o sentimento de desvalorização pessoal e perda da liberdade. *“Na época, pra eu tomar banho tinha que alguém me dar banho que eu não conseguia sozinho, eu não tinha força pra nada”* (Entrevista 06).

Os sentimentos comuns observados na maior parte das falas são os de inutilidade e limitação. Esses sentimentos repercutem expressivamente na qualidade de vida dos acometidos. *“Eu perdi 50% da minha vida, essa doença me tomou”* (Entrevista 11). *“Alterou minha vida*

toda, completamente toda. Fez uma bagunça na minha vida porque tudo é limitado” (Entrevista 20).

Ao se analisar os discursos sobre o dia a dia de pessoas com hanseníase, Ayres *et al.* (2012) identificaram nas falas um cotidiano pleno de dificuldades, dores e sofrimento. No qual, as dores físicas limitaram liberdades de movimento e de ação para os afazeres diários, bem como o tratamento que, por vezes, impede certos tipos de lazer e outros prazeres. Assim, destacou-se que a dor física pelas reações hansênicas, bem como as incapacidades e deformidades, limita desde as atividades profissionais até as ações mais cotidianas.

O trabalho é uma condição essencial que insere o indivíduo não apenas na atividade econômica do País, mas também favorece sua inserção no meio social. Trata-se, portanto, de uma dimensão importante da vida humana em sociedade que influencia na construção da identidade do indivíduo e na sua realização pessoal. A partir das falas dos sujeitos, verificou-se que as incapacidades físicas ocasionadas pela doença repercutem de modo desfavorável para as atividades laborativas.

No meu trabalho afetou praticamente tudo porque na zona rural a gente depende da mão pra trabalhar, né! Se essa mão minha é doente, como é que eu vou trabalhar com essa mão? Não tem como trabalhar. (Entrevista 11).

De modo geral, todos os participantes da pesquisa relataram prejuízos em suas funções laborais em decorrência das incapacidades físicas da hanseníase. Do mesmo modo, queixas de dificuldades de conciliar o trabalho com o tratamento devido às reações adversas foram também verificadas. Apesar da incapacidade ao trabalho, alguns dos entrevistados foram impelidos a continuar trabalhando para prover sua subsistência, uma vez que não conseguiram nenhum benefício previdenciário.

Trabalhar com incapacidade física que restrinja a atividade laboral implica um risco de agravamento dessa incapacidade, em se tratando de indivíduos acometidos por hanseníase, esse perigo é ainda maior. Além do prejuízo às funções motoras, as sequelas sensitivas também representam uma ameaça à integridade física desses indivíduos que, mesmo inaptos ao trabalho, necessitam trabalhar. Dessa forma, o risco de acidente de trabalho é maior, acarretando um ônus para a empresa, para a previdência por danos acidentários e, sobretudo, para o trabalhador.

No que tange às repercussões financeiras, as consequências advindas da hanseníase influenciaram negativamente na condição econômica da maioria dos sujeitos do estudo. A incapacidade para o trabalho e a dificuldade de conseguir o benefício previdenciário resultaram em penosos danos financeiros que dificultaram a manutenção da própria subsistência por parte dos sujeitos. *“Eu passei até necessidade porque eu parei de trabalhar”* (Entrevista 02).

Lopes e Rangel (2014) destacam que a incapacidade física dos indivíduos acometidos

com hanseníase, para além dos limites e implicações socioafetivas, também acaba por comprometer a renda familiar, devido à impossibilidade do trabalho.

Benefício previdenciário: conhecimentos, trajetórias e dificuldades

Os segurados e beneficiários da previdência e assistência sociais – como em geral os cidadãos que precisam de serviços públicos – são hipossuficientes de informações sobre direitos e procedimentos. Em matéria previdenciária, a complexidade é ainda maior, em decorrência da quantidade de normas e da sua constante mudança. A ausência e a hipossuficiência das informações e, ainda, o equívoco de seu conteúdo trazem graves prejuízos aos cidadãos. Alguns, por não conhecerem, não buscam os seus direitos (BERWANGER, 2014).

No tocante à trajetória em busca do benefício, os sujeitos descreveram a peregrinação que cada um percorreu para reivindicar seu direito social ao benefício previdenciário. O tipo de benefício mais buscado foi o auxílio-doença, solicitado pela totalidade dos sujeitos. Por se tratar de um direito social assegurado pela Constituição Federal, é um direito de todo trabalhador que se vê incapacitado provisoriamente de suas atividades laborativas.

Dois dos entrevistados não tiveram regressão da incapacidade e conseguiram a aposentadoria por invalidez. Quando a incapacidade física causada pela hanseníase chega a um patamar de incapacidade permanente, incita uma séria discussão a respeito dos fatores que proporcionaram atingir nesse nível de incapacidade. Dificuldades no diagnóstico do agravo, inabilidade do indivíduo acometido pela doença em reconhecer os sinais clínicos, procura tardia dos serviços de saúde, assim como fragilidades presentes nas políticas nacionais de controle da endemia, são fatores envolvidos.

Por se tratar de indivíduos que ainda estavam em idade produtiva, o impacto da ineficiência das ações voltadas na prevenção de incapacidade físicas geradas pela hanseníase é ainda mais significativo. Muitos dos sujeitos do estudo eram trabalhadores economicamente ativos, em plena idade produtiva. Esse dado revela que a hanseníase repercute também de modo impactante no âmbito social e econômico.

Para Santos *et al.* (2012), a diminuição da população trabalhadora no mercado acarreta inúmeras repercussões econômicas e sociais, pois os indivíduos em idade produtiva passam a depender de um benefício, inclusive, podendo gerar redução da renda familiar. Portanto, a promoção, prevenção e reabilitação são fatores essenciais para redução nas taxas de incapacidades laborais, melhorando a qualidade de vida, com redução da necessidade de aposentadoria precoce.

Todos os entrevistados obtiveram acesso ao relatório médico e/ou fisioterapêutico no serviço de atendimento sem maiores dificuldades, sendo esse o primeiro passo para a maioria dos sujeitos no itinerário em busca do auxílio previdenciário. O relatório médico

e/ou fisioterapêutico era entregue no momento da perícia do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Tal relatório é um importante documento comprobatório da incapacidade física do indivíduo que atesta a sua condição e que deveria embasar a decisão pericial. Observou-se que alguns depoimentos apresentaram a queixa da indiferença do perito em relação ao relatório comprobatório de incapacidade levado pelos requerentes. Esse fato possibilita o questionamento sobre os critérios utilizados pelos peritos para o indeferimento do benefício.

O médico da perícia não falava nada, perguntava só o que eu estava sentindo, só. Eu falava das minhas dores, que não estava conseguindo trabalhar. Eu casado, com filhos, não tava conseguindo trabalhar e precisava do benefício. Os médicos lá só perguntavam isso, mal olhavam pro relatório e me liberavam da sala. (Entrevista 03).

Em estudo qualitativo realizado por Melo (2014), foram analisadas as reclamações feitas sobre o trabalho médico pericial na ouvidoria da Previdência Social. Entre as queixas, aparece a reclamação quanto ao perito não olhar o laudo trazido pelos segurados. Para a pesquisadora, quando os laudos não são vistos/analísados pelo perito médico, abre-se um espaço de incredulidade sobre a decisão pericial e seus critérios.

106

Com relação à perícia médica do INSS, alguns entrevistados referiram constrangimentos durante o atendimento. Indiferença e desrespeito na postura do médico perito também foram descritos por parte dos entrevistados. A relação médico-paciente sofre uma mudança no processo do exame pericial previdenciário, o caráter assistencial da figura do médico é desprezado em prol de conflitos de interesse e políticas protecionistas de acesso ao seguro social. A dificuldade do requerente em compreender a mudança nessa interface é o que propicia a divergências e hostilidade entre perito e segurado.

Para Lise *et al.* (2013), a relação entre médico e periciado é completamente diferente da relação médico-paciente tradicional. Esta se fundamenta na confiança mútua, na empatia, na busca do diagnóstico, do tratamento, do alívio. Por sua vez, a relação médico-periciado fundamenta-se na desconfiança mútua, no compromisso com a verdade, com o parecer objetivo. Almeida (2011) adverte que é necessário que os periciados e os peritos tenham consciência de seus respectivos papéis e, a partir daí, possam construir uma relação menos tensa e capaz de ter contornos pedagógicos, construtivos e respeitosos.

As reclamações sobre o atendimento médico pericial presente nas narrativas fundamentam-se não apenas da distorção da interface médico-paciente, mas também na demonstração de excesso de poder do médico perito na função de julgante. A arbitrariedade dos peritos evidenciada em algumas narrativas é reflexo de uma política previdenciária de controle do acesso aos benefícios.

Por outro lado, o estudo de Lise *et al.* (2013) demonstra que não são providas condições ideais de trabalho para o médico perito, no qual este profissional trabalha sobre pressões constantes e volume de atendimento maior que o tempo disponível para cada perícia. Esses fatores podem prejudicar a autonomia do perito e pode levar a confecção de laudos mais frágeis e a sensação de urgência do médico.

Cabe salientar que o julgamento pericial também leva em consideração questões de ordem administrativa. No entanto, a principal questão norteadora deve ser a capacidade ou não para a função laborativa. Objetivando desonerar os cofres previdenciários, frequentemente as ações administrativas de restrição do acesso ao benefício têm tido maior valoração em detrimento do reconhecimento da inaptidão do segurado em exercer sua atividade laboral.

Para Melo (2014), o controle médico sobre o benefício por incapacidade existe para realizar o ajuste dessa população demandante. Dessa forma, contradizer a expectativa de acesso é parte inerente e esperada da tarefa do perito. Significa, portanto, não atender à necessidade declarada de pessoas que têm doenças e que se sentem incapazes para auferir renda com o trabalho. Ademais, é necessário levar em conta que o profissional médico que atende o segurado pode não ser especialista na área da doença que este apresenta, tal como comumente ocorre, propiciando frequentemente decisões periciais equivocadas (OLIVEIRA, 2015).

Ao passo que a trajetória para conquista do direito tenha sido simples para alguns entrevistados, para outros, esse trajeto foi marcado por dificuldades e impedimentos. Opiniões divergentes quanto às dificuldades em busca do benefício foram evidenciadas. Uma parcela de entrevistados referiu não ter tido dificuldade no pleitear do seu direito. “*Não tive nenhuma dificuldade pra conseguir o benefício não. É auxílio-doença que eu consegui, tô encostado*” (Entrevista 16). Outros depoimentos relacionaram a dificuldade em buscar o benefício por fatores tais como: dificuldades de transporte para resolver as demandas exigidas; questões de ordem burocráticas, falta de conhecimento e em relação ao julgamento pericial do INSS.

A partir das narrativas dos sujeitos, foi possível verificar depoimentos antagônicos em relação à conquista do direito previdenciário. Parte dos entrevistados referiu que teve êxito em sua busca pelo benefício, entretanto, outra parcela dos sujeitos relatou insucesso na trajetória no pleitear do direito, não tendo seu auxílio previdenciário atendido.

Embora seja um direito social de qualquer indivíduo, o auxílio-doença e a aposentadoria são benefícios previdenciários que constantemente são inviabilizados pela via administrativa, mesmo com a incapacidade física constatada. Pode-se afirmar que todo trabalhador sobrevive, bem como mantém a subsistência da sua família, a partir dos frutos obtidos do seu trabalho. Dessa forma, caso o trabalhador fique incapacitado para o trabalho, a sua renda ficará comprometida e, conseqüentemente, a sua manutenção com dignidade. O benefício previdenciário de auxílio-doença visa justamente garantir renda para o trabalhador nos momentos de incapacidade para desenvolver suas atividades habituais no mercado de trabalho (FIORIN, 2010).

Percepção sobre garantia dos direitos

A partir dos relatos referentes à percepção sobre a garantia do direito, verificou-se uma heterogeneidade dos depoimentos em relação a essa questão. Para alguns sujeitos, o direito previdenciário foi respeitado, enquanto para outros a concepção é que o direito não foi atendido nem respeitado.

Todo cidadão que é segurado da Previdência Social tem direito a pleitear benefícios previdenciários como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez em razão de incapacidades físicas que dificultem as atividades laborativas. Contudo, analisando as falas que revelam a percepção da garantia do direito, nota-se que a expressão ‘acho’ é utilizada constantemente na maioria das narrativas, denotando uma insegurança por parte dos sujeitos, como se tivessem dúvida se realmente possuem o direito pelo qual pleiteiam. Esse fato pode ser justificado pela carência de conhecimentos sobre o referido direito previdenciário, uma vez que não é do entendimento de toda população os direitos que possui cada um enquanto cidadão. Devido a essa insegurança quanto à legitimidade do direito e à falta de conhecimento, alguns sujeitos não souberam julgar com exatidão se seu direito foi respeitado ou não.

Eu não sei se meu direito foi respeitado, não sei dizer. Talvez por desconhecimento meu, até mesmo na área do direito, por eu ser uma pessoa analfabeto também, eu não sei. (Entrevista 10).

108

Mayer (2014) ressalta que não é possível exercer um direito pacificamente se não se conhece a titularidade deste. A maioria da população brasileira, além de não exercer seus direitos, desconhece muitos deles, por isso a importância da educação. Os achados mostram que há uma ineficiência das ações educativas no contexto da divulgação dos direitos dos indivíduos. É imprescindível que haja uma melhor valorização das ações educativas referentes à cidadania e à ampliação dos conhecimentos acerca dos direitos e leis conferidos pela Constituição Federal do Brasil.

O empenho investido na reivindicação do direito previdenciário foi divergente para cada um dos sujeitos. Enquanto alguns acabaram por desistir de pleitear pelo seu direito devido às dificuldades encontradas, outros insistiram no cumprimento do seu direito até este ser acatado. A maioria dos entrevistados teceu críticas em relação à atenção para a garantia dos direitos para os indivíduos acometidos pela hanseníase no município de Vitória da Conquista. Algumas críticas fizeram menção à falta de orientação que poderia ser fornecida por profissionais capacitados a essa função e divulgada amplamente pelo município, governo e veículos de comunicação. “*Precisava de uma pessoa pra me esclarecer mais. Faltou incentivo*” (Entrevista 10).

Evidencia-se que muitos dos indivíduos acometidos por hanseníase desconhecem ou sentem dificuldade em entender o itinerário necessário para reivindicar os seus direitos.

Mesmo que política da Previdência Social esteja pautada na restrição e controle da concessão de auxílios previdenciários, faz-se necessário fomentar uma discussão a respeito da exigência da contribuição ao regime de Previdência Social para a concessão de benefícios.

Quem tá precisando desse encaminhamento busque informação, busque o tratamento, faça direitinho que é eficaz, e busque seu direito pelo auxílio. Porque ainda que você não tenha contribuído, o Estado, o país não pode deixar um cidadão morrer de fome porque não consegue trabalhar, uma doença que o próprio país já devia ter erradicado. (Entrevista 19).

Do mesmo modo, houve críticas de que o serviço pericial médico foi outro fator dificultante à garantia do direito previdenciário para os indivíduos acometidos por hanseníase. Para muitos dos entrevistados, os médicos peritos revelaram insipiência quanto à doença, carecendo de mais conscientização e conhecimento a respeito da patologia. Essa falta de qualificação de alguns profissionais de saúde em compreender a complexidade do agravo faz com que, na concepção destes, a hanseníase não passe de uma enfermidade insignificante.

O controle na concessão do auxílio previdenciário muitas vezes se faz pautado na resistência do perito em reconhecer a incapacidade física do segurado. A incredulidade do médico perito é algo inerente a sua função de ‘controlador’ de recursos do INSS.

Diante de tais ponderações, verifica-se que há a necessidade de melhorias na assistência à garantia dos direitos previdenciários para os indivíduos acometidos por hanseníase no município. Inicialmente, devem ser adotadas estratégias de cunho educativo e informativo a esses indivíduos quanto aos seus direitos, quais são e de que maneira podem reivindicá-los. Para Cruz, Oliveira e Portillo (2010), a ação do Estado como promotora das garantias dos direitos humanos e das liberdades fundamentais pelo reconhecimento da dignidade da pessoa humana pode ser vista como o alicerce para o desenvolvimento da necessária proteção aos vulneráveis.

Fortalecer o papel desses indivíduos enquanto cidadãos é importante para reintegrá-los à sociedade, valorizando os princípios da dignidade humana. As políticas públicas de controle da hanseníase devem incluir não apenas o monitoramento da doença, mas também abranger a inclusão social dos acometidos no intuito de defender os seus direitos.

CONCLUSÃO

Ainda que a trajetória na busca da garantia dos direitos previdenciários tenha sido factível para alguns, parte dos sujeitos do estudo relatou que essa trajetória foi marcada por dificuldades. Alguns dos participantes denotaram desinformação sobre o direito previdenciário e sobre o itinerário necessário para pleitear o benefício. A falta de conhecimento mostrou ser um dos principais entraves na defesa dos direitos previdenciários. Mesmo que

haja esforços e avanços nas ações educativas, a população ainda carece de informações a respeito dos seus direitos enquanto cidadãos. Com intuito de minimizar esse problema, a presença do assistente social na equipe multidisciplinar de saúde deve ser incentivada, com o objetivo de auxiliar esses indivíduos na busca dos seus direitos.

A interface perito-segurado é uma vertente muito polemizada no âmbito do direito e da bioética e constitui um fator impeditivo ao acesso do benefício previdenciário. A tensão gerada nessa interface, apoiada na política de restrição ao auxílio, gera um impasse na concessão do benefício, mesmo com a comprovação de incapacidade ao trabalho. Diante desse contexto, alguns indivíduos desistem da defesa de seus direitos, retornando ao mercado de trabalho com risco de agravamento de sua condição de saúde. Em contrapartida, outros indivíduos inconformados em renunciar os seus direitos insistem de todas as formas possíveis, chegando a interpor ações judiciais a fim de assegurar o benefício previdenciário.

Acredita-se que a informação é o caminho mais efetivo que liga o cidadão à garantia dos seus direitos. Para tanto, faz-se necessário medidas educativas que viabilizem o conhecimento das leis asseguradas pela Constituição Federal, assim como noções de direitos e deveres enquanto cidadãos. O conhecimento acerca dos direitos favorece ao cidadão uma maior autonomia e consciência crítica indispensável para o desenvolvimento do ser humano em sociedade.

É essencial que a autarquia previdenciária reforme seus conceitos e viabilize uma postura mais flexível, de modo a analisar as peculiaridades dos segurados, e não somente valorizar o viés econômico. Ações que desenvolvam a reabilitação socioeconômica desses indivíduos também devem ser estimuladas.

COLABORADORES

PIO, C. G. C. – contribui na concepção do estudo, coleta e análise das informações, revisão crítica do conteúdo, preparação do manuscrito e aprovação da versão final.

BISPO JÚNIOR, J. P. – contribui na concepção do estudo, análise das informações, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

REIS, L. A. – contribuiu na revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

SANTOS, A. M. – contribuiu na análise dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. H. R. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 277-298, 2011.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise Espacial da Hanseníase na Microrregião de Almenara, MG, Brasil. *REBEn*, Brasília, DF, v. 61, n. esp., p. 701-707, 2008.
- AQUINO, C. M. F. *et al.* Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da Hanseníase. *Rev enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 185-190, 2015.
- AYRES, J. A. *et al.* Repercussões da hanseníase no cotidiano de pacientes: vulnerabilidade e solidariedade. *REME*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 56-62, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERWANGER, J. L.W. A necessária educação previdenciária: a lei de acesso à informação e o exercício da cidadania. *Caderno Pedagógico*, Lajeado, v. 1, n. 2, p. 86-101, 2014.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da hanseníase*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- CRUZ, M. R.; OLIVEIRA, S. L. T.; PORTILLO, J. A. C. A declaração universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições do Estado brasileiro. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 93-107, 2010.
- DOMINGUEZ, B. Hanseníase: Problema Persistente. *RADIS*, Rio de Janeiro, n. 150. mar, 2015. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/150/reportagens/problema-persistente>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, maio/ago. 2004.
- FIORIN, D. B. *Benefício Previdenciário de Auxílio: Doença no Regime Geral de Previdência Social*. 2010. 44 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2010.
- GOMES, C. C. D. *et al.* Perfil clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. supl. 3, p. S283-S288, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Dados da cidade de Vitória da Conquista*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=293330>>. Acesso em: 12 dez. 2015.
- LANA, F. C. F. *et al.* Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no vale do Jequitinhonha, MG. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_09.pdf. Acesso em: 14 out. 2016.

LISE, M. L. Z. *et al.* Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 67-74, 2013.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014.

MARTINS, M. A. *Qualidade de vida em portadores de hanseníase*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

MAYER, A. P. *O acesso à justiça e a construção da cidadania no Brasil*. 2014. 35 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2014.

MELO, M. P. P. Governo da População: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 23-36, 2014.

_____. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 49-66, 2014.

MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE (MORHAN). *Brasil assina acordo da OMS para “um mundo sem hanseníase”*. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/noticias/2027/brasil_assina_acordo_da_oms_para_%E2%80%9Cum_mundo_sem_hanseníase%E2%80%9D>. Acesso em: 2 fev. 2015.

OLIVEIRA, T. M. *Alta Programada: afronta ao princípio da dignidade humana*. 2011. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/alta-programada-afronta-ao-princ%C3%ADpio-da-dignidade-da-pessoa-humana>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

RIBEIRO, G. C. *Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais*. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SANTOS, T. R. *et al.* Perfil socioeconômico-demográfico do beneficiário do Instituto Nacional do Seguro Social aposentado por invalidez e suas causas, no estado da Paraíba, no quinquênio 2007-2011. *Re. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 349-359, 2012.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de Tuberculose e Hanseníase*. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/v2/programa-de-tuberculose-e-hanseníase/>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

Capítulo 6

A interface entre os Conselhos de Saúde do município de Vitória da Conquista (BA) e as manifestações dirigidas pelos usuários do SUS ao Ministério Público e Defensoria Pública

Aline Benevides Sá Feres
Paulo Duarte de Carvalho Amarante

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando em sua estrutura espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Embora o SUS tenha se constituído em uma política pública de magnitude histórica em relação à inclusão social do Brasil, aos direitos de cidadania e ao acesso aos serviços de saúde, esses direitos, não estão sendo totalmente garantidos, como expressos do artigo 196 ao artigo 200 na seção da saúde da Constituição Federal de 1988, que determina, entre outras diretrizes, a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Mesmo com os avanços, o SUS enfrenta alguns desafios para a mudança de um modelo de atenção e consolidação de um sistema de saúde qualificado, universal, equânime e participativo. Entre eles, a inadequação dos trabalhadores, o financiamento insuficiente, e a baixa capacidade de gestão de alguns municípios, apontando desafios ainda a serem superados.

Diante desses e de outros desafios vivenciados pelo sistema, usuários recorrem com grande frequência ao Ministério Público, para alcançar direitos já garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da saúde n° 8.080/90 e n° 8.142/90. Em contrapartida, os espaços de participação social do SUS, como os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, estão se constituindo em espaços pouco participativos e pouco utilizados como instrumentos de controle social na busca da garantia de direitos inerentes aos usuários do SUS.

A legislação federal (Constituição Federal, art. 198, inciso III e Lei nº 8.080/90, art. 7º, inciso VIII) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, regulamentados pela Lei nº 8.142/90.

Em seu parágrafo 2º, a Lei nº 8.142/90 define o Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (CONASS, 2003).

Dessa forma, fica legalmente atribuído aos Conselhos de Saúde, entre outros, o poder de deliberar sobre as ações de saúde planejadas pela gestão e apontar estratégias para garantia do acesso à saúde de forma universal, equânime e integral.

No município de Vitória da Conquista, a rede de controle social é representada por uma assessoria de controle social, pelo Conselho Municipal de Saúde, por 37 Conselhos Locais de Saúde, vinculados às Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), e pela Ouvidoria municipal da saúde.

A população procura, com uma frequência relevante e crescente, a judicialização para resolver demandas de saúde não garantidas pela rede municipal. Em contrapartida, os Conselhos de Saúde, são pouco frequentados e pouco utilizados como espaços de discussões dessas demandas, de forma que esses debates se materializem em implementações de ações e de políticas de saúde que venham atender de forma coletiva a necessidades apontadas por usuários do SUS nesses espaços de participação.

Essa disparidade justifica o interesse do estudo, em colocar a rede de controle social do município de Vitória da Conquista, bem como, os órgãos essenciais à justiça, destacando o Ministério Público e a Defensoria, como objetos de pesquisa, buscando estabelecer uma interface entre o direito e a saúde.

MÉTODOS

O estudo foi realizado com base em um método de natureza qualitativa, buscando perceber os sentidos atribuídos pelos entrevistados aos aspectos da realidade social em que vivem. Para tanto, procurou-se observar os significados possíveis presentes nas estruturas, nos sujeitos e nos processos sociais de uma dada realidade (MINAYO, 2014), que, no caso, é o município de Vitória da Conquista, que está situado na região Sudoeste da Bahia, e encontra-se como o terceiro maior município do estado. De acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população, em 2014, foi estimada em 343.230 mil habitantes (BRASIL, 2010).

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista foi instituído em 5 de setembro de 1991 por meio da Lei nº 584/91. É composto por 24 conselheiros titulares e 24 suplentes e mantém representação paritária entre três segmentos, sendo 50% de usuários e 25% de trabalhadores da área de saúde, 25% de representação de governo e prestadores privados conveniados. A implantação dos primeiros Conselhos Locais de Saúde se deu no ano de 1998, inicialmente em quatro UBS, de modelo tradicional, e duas USF.

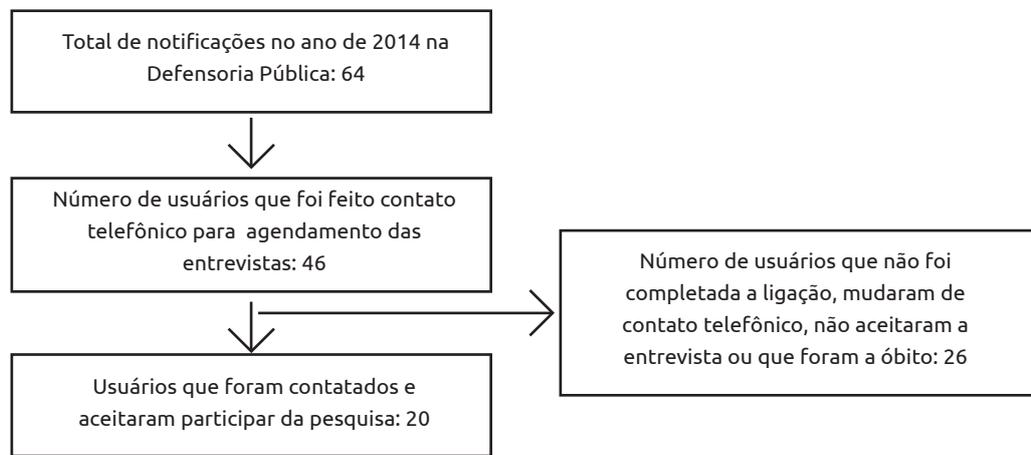
O regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde foi elaborado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e define as finalidades e competências de cada Conselho. O presente regimento poderá ser modificado por proposta de qualquer um dos Conselhos Locais de Saúde, que deverá ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para sua análise e aprovação (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013). Atualmente, a rede de controle social do município conta com 40 Conselhos Locais de saúde. Destes, 23 encontram-se na zona urbana, e 17 na zona rural. Destacando que todas as USF e UBS do município possuem Conselhos Locais de Saúde.

O estudo utilizou fontes de dados secundários e primários. As fontes de dados secundários utilizadas foram as notificações dirigidas à Secretaria Municipal de Saúde pelo Ministério Público e Defensoria do período de janeiro a dezembro do ano de 2014; e como fontes de dados primários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas à procuradora pública, ao defensor público e a usuários do SUS.

A amostra do estudo é composta por 22 sujeitos. Estes sujeitos foram assim definidos:

- Vinte usuários do SUS que fizeram solicitações/denúncias relacionadas com a saúde, por meio da Defensoria Pública no município de Vitória da Conquista.
- Uma procuradora pública e um defensor público, do município de Vitória da Conquista.

O processo de identificação e inclusão dos usuários entrevistados está apresentado no diagrama da *figura 1*. No ano de 2014, foram realizadas 64 notificações relacionadas com a saúde na Defensoria Pública, sendo necessário realizar 46 ligações na tentativa de apresentação e convite para participar do estudo, com posterior agendamento da entrevista. Destas, foram excluídas 26 por não terem sido completadas as ligações, ou usuários que mudaram o contato telefônico, outros não aceitaram a entrevista ou ainda porque foram a óbito. Finalmente, foram incluídos os 20 usuários do SUS, para os quais foram realizadas as ligações e aceitaram participar do estudo.

Figura 1. Diagrama do processo de definição da amostra de usuários para o estudo

A análise das informações foi feita por intermédio do método de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Esse método permite a interpretação dos dados por meio da codificação e sistematização dos elementos das mensagens e expressões, de modo a fazer surgir um sentido. Compreende três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Desse modo, atendendo a essa proposta, foram feitas as transcrições das entrevistas, seguidas da leitura mais aprofundada destas, para que fossem visualizadas e construídas as categorias de análise, que posteriormente serão discutidas, buscando sempre referenciais teóricos para sustentar a análise.

CONTROLE SOCIAL: DESVELANDO A VISÃO DO USUÁRIO DO SUS

Perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados

Os entrevistados tinham entre 31 e 76 anos. Destes, 60% eram do sexo feminino, prevalecendo em 75% dos entrevistados a faixa etária de 31 a 55 anos. Entre os participantes da pesquisa, foram identificados os seguintes níveis de escolaridade: ensino fundamental incompleto, apenas assina o nome, nível médio incompleto, nível médio completo e nível superior completo. Prevalceu ensino fundamental incompleto, seguido por ensino médio incompleto.

Para descrever as influências do perfil sociodemográfico na participação da população em instâncias participativas, Escorel e Moreira (2008) trazem que a participação dos sujeitos está condicionada a fatores como idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução, normas e valores e a socialização política, ou seja, a maneira pela qual os indivíduos desde a infância até a adolescência aprendem direitos, deveres e orientações políticas.

Problema referido

Nas entrevistas, foram relatados como problemas que motivaram a busca pela Defensoria: a dificuldade de aquisição de medicamentos, vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), demora na marcação de consultas especializadas e exames de imagem, dificuldade de aquisição de fraldas e dificuldade de agendamento de cirurgia.

Precisava de uma cirurgia para tirar uns Pólipos do intestino. Mas quando tinha leito não tinha UTI, quando tinha UTI, não tinha leito e o tempo ia passando. (Entrevistado 3).

[...] A gente não guentava mais comprar fraldas descartáveis porque era fralda, é alimentação, é medicação, muito difícil [...]. (Entrevistado 5).

Essas falas nos mostram que, embora a saúde pública brasileira, tenha avançado significativamente desde a reforma sanitária, o SUS ainda enfrenta muitos desafios que trazem limitações na garantia do atendimento universal e integral, conforme está elucidado por DRECH (2015) que cita o Estado brasileiro ainda longe de assegurar a plenitude de acesso e tratamento integral à saúde, o que tem levado a um exponencial crescimento de demandas judiciais.

Itinerário do usuário

As narrativas individuais dos usuários e a reconstrução do itinerário percorrido por eles na busca pela solução dos seus problemas podem contribuir para a compreensão do fenômeno da judicialização sob o ponto de vista do usuário do sistema de saúde, na sua realidade vivida (CARVALHO; LEITE, 2014).

Nessa perspectiva, o público entrevistado neste estudo, quando interrogado sobre os locais buscados até chegar a Defensoria Pública, para atender ao problema de saúde referido, fez referências a 29ª Diretoria Regional de Saúde (Dires); Secretaria Municipal de Saúde: Assistência Farmacêutica, Central de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados (CRPEE), Unidade de Saúde da Família, Ouvidoria municipal; Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC); Serviços de saúde da rede particular, pessoas conhecidas e o Ministério Público, indicando assim o itinerário percorrido por esses usuários do SUS na busca pelo direito à saúde.

Antes da Defensoria só procurei o MP e a ouvidoria e também já tinha ido muitas e muitas vezes a Dires [...]. (Entrevistado 12).

[...] Foram muitas idas e vindas [...]. (Entrevistado 7).

Foi relatado por alguns dos entrevistados que, muitas vezes, esses serviços procurados não davam explicações de como ou quando conseguir o tratamento buscado, o que aumentava a angústia em relação às possibilidades de habilitação ou reabilitação da saúde. “[...] Eles sempre só falavam que não era com eles e não tinha como ajudar [...]” (Entrevistado 20).

Em contraposição a esse vazio relatado pelos entrevistados, o Programa Nacional de Humanização (PNH), criado em 2003 pelo Ministério da Saúde, busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas e desumanizadas.

Quando questionados sobre as fontes de orientação sobre a Defensoria Pública, chama a atenção que a maioria relata ter sido orientada por profissionais da saúde. Contudo, outros referenciam os meios de comunicação, amigos e familiares.

O médico que acompanha ela falou que a única solução é entrar com o processo pra ser mais rápido [...]. (Entrevistado 4).

Eu mesmo por mim, já tinha ouvido que todo mundo agora quando tem problema procura a defensoria e o ministério público. (Entrevistado 16).

Os relatos reafirmaram a peregrinação de usuários do SUS que tentaram resolver suas demandas pela via judicial, bem como a percepção desses cidadãos em relação a esse itinerário. Foi possível mostrar que, nesse trajeto, vivenciaram experiências de negação de direitos, sejam estes direitos à informação, tratamento e saúde. Contudo, experimentaram também o exercício de cidadania, pois se mobilizaram no sentido de buscar orientações e respostas para suas demandas e efetivação de seus direitos à saúde.

Resultados da judicialização

Em 1988, na Assembleia Constituinte, a saúde foi colocada como “[...] direito de todos e dever do estado sendo a saúde caracterizada como um princípio de cidadania” (BRASIL, 1988). Diante dessa conquista, o ordenamento jurídico brasileiro estabeleceu diversos atores estatais e não estatais para atuar na efetivação desses direitos. Entre eles, o Poder Judiciário e as instituições que compõem as funções essenciais da justiça, tais como a Defensoria Pública e o Ministério Público (ASENSI, 2010).

Nesta perspectiva, de busca pelo direito à saúde, os entrevistados foram interrogados sobre o papel da Defensoria Pública na resolução de seus problemas, conforme resumido nas falas:

Eu acho legal a forma que a Defensoria acolhe e nos dar respostas. (Entrevistado 4).

[...] Resolveu. Entramos na sexta, na segunda já tinha a vaga para minha mãe. (Entrevistado 18).

Corroborando as falas, Dresch (2015) destaca que, apesar de alguns equívocos relacionados com a falta de um conhecimento mais apurado dos magistrados acerca da técnica médica, o Poder Judiciário tem sido protagonista em garantir o acesso aos serviços de saúde da população. Ainda em relação aos pontos positivos da atuação jurisdicional, Villas-Bôas (2014) relata que é mister reconhecer o caráter benfazejo da atuação jurisdicional, contudo, reforça que essa atuação requer um olhar cuidadoso, a fim de otimizar o desempenho de todos os envolvidos, assegurando maior coerência e maior razoabilidade na efetivação por essa via buscada, no escopo de evitar iniquidades.

Percepção das instâncias de participação social do SUS

A partir da década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro preconizou que as ações em saúde deveriam ser formuladas não somente pelo Estado, mas em conjunto com espaços públicos de participação social, na medida em que é a sociedade que conhece de forma mais próxima suas mazelas e avanços (ASENSI, 2010). Essa participação está garantida na Constituição Federal de 1988 e legitimada com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 1990, com a formação dos Conselhos de Saúde.

Em relação ao conhecimento sobre instâncias de participação social do SUS, a maioria dos entrevistados (17) relatou não ter conhecimento sobre estas instâncias, conforme representado nas falas: “[...] Não sei... Nunca ouvi falar não” (Entrevistado 4). “Por enquanto não. Me fale, o que é?” (Entrevistado 9).

Por meio dos relatos, fica expresso o desconhecimento e a falta de participação da população entrevistada acerca das instâncias de participação social do SUS. Milani (2007) descreve que a assimetria de conhecimentos e informações, mas também a implicação política, faz com que poucos cidadãos se mobilizem e participem efetivamente das experiências de gestão pública participativa.

Quando interrogados sobre o termo ‘Conselhos de Saúde Municipal ou Local’, apenas três entrevistados demonstraram saber da existência destas instâncias:

[...] Sei mais ou menos. Acho que até tem o do município amanhã não é isso? Eu tenho vontade de ir. Mas minhas condições não deixam. (Entrevistado 19).

[...] Eu já participei umas três vezes [...] Eu já sugeri aqui uma faixa de pedestre [...] Essa reunião pro meu problema não ajudou não. Mas assim, é boa porque a gente fica por dentro de algum assunto. (Entrevistado 13).

Vale destacar, nessas falas, que essa minoria de entrevistados reconhecia a existência dos Conselhos de Saúde, contudo não sabia informar os dias e horários das reuniões, e ainda, destes usuários, apenas um já havia participado de reuniões no Conselho Local de Saúde, configurando em ausência dessa população entrevistada no envolvimento nos Conselhos de Saúde como instâncias de participação e exercício de cidadania.

Esses vazios em relação à percepção do controle social pelos entrevistados revelam a ‘fragilidade’ dos Conselhos de Saúde, que embora projetado a partir da Reforma Sanitária Brasileira e regulamentado na Lei 8.080/90, encontram-se esvaziados e ainda no anonimato para muitos cidadãos brasileiros. Milani (2007) traz que não se trata somente de estimular as pessoas a participarem mais do processo de formulação de políticas públicas locais, mas de assegurar a qualidade dessa participação, sobretudo em sua perspectiva pedagógica e deliberativa.

Quando interrogados sobre a participação em reuniões dos Conselhos de Saúde, foi relatado: “[...] Mas o que a gente traz não é resolvido no Conselho [...] não resolvem os problemas” (Entrevistado 13).

Esses depoimentos mostram que esses usuários ainda condicionam participação social à resolutividade de algum interesse individual. Contrapondo a essa percepção, Coelho (2009) traz que o controle social não se refere a um grupo de pessoas reunidas em determinadas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, mas a um conjunto formado por trabalhadores, usuários e gestores, entre outros, estabelecendo conexão para construções coletivas que possam estabelecer mudanças no âmbito do sistema de saúde.

Ainda nesse quesito, o descrédito nos Conselhos foi associado por alguns dos entrevistados às deficiências no atendimento à saúde, conforme descrito no depoimento:

[...] E eu acho que não resolveriam meu problema, sabe por quê? Eu acho que falta qualificar os profissionais a começar pelos atendentes que acham que é normal não conseguir [...]. (Entrevistado 20).

O depoimento acima pode ser analisado à luz de Bispo Junior e Gerschmans (2013) quando eles expressam que as limitações e dificuldades do SUS constituem-se em fatores limitantes da participação no âmbito dos Conselhos. Essa análise se configura em um dos maiores desafios de efetivação desses espaços de participação social do SUS: melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para que a população seja motivada a acreditar que as políticas públicas de saúde podem avançar e que é compensatório lutar pela qualificação e melhoria do SUS.

Conhecimento e percepção dos Conselhos de Saúde

A promotora e o defensor público estadual que atuam no município de Vitória da Conquista, quando interrogados sobre as instâncias de participação social, informaram saber da existência desses espaços. Essa afirmativa se resume nas falas:

[...] Controle Social que a gente tem aqui no SUS se dá através da Secretaria Municipal de Saúde. Tem a ouvidoria, onde eles escutam as demandas das pessoas [...]. (Entrevistado 2).

Sim. Conheço. (Entrevistado 1).

Como pode ser observado, não foram citados os Conselhos de Saúde, contudo quando especificado pela pesquisadora sobre essas instâncias, os entrevistados demonstraram saber da existência, expressando um conhecimento relativo em relação ao funcionamento e datas das reuniões.

[...] O Conselho de Saúde mesmo, faz reuniões periódicas mês a mês. (Entrevistado 1).

[...] O Conselho é um órgão de controle não só social, mas de controle dos gastos [...]. (Entrevistado 2).

Essas falas demonstram uma fragilidade no vínculo entre essas instituições e os Conselhos de Saúde municipal, o que demanda necessidade de maior divulgação e aproximação dos Conselhos de Saúde com esses órgãos, como também com outros setores da sociedade, para que esses espaços de discussão, deliberação e construção de políticas públicas sejam realmente espaços de fortalecimento do SUS.

Essa fragilidade ficou um pouco mais transparente quando descreveram sobre suas frequências e objetivos de participação nas reuniões:

Nunca fui [...]. Nunca fui convidado. (Entrevistado 1).

[...] Já participei de algumas. [...] Quando há um problema mais grave para ser discutido da cidade, ou uma coisa benéfica que a gente está buscando, pleiteando para a cidade eu vou às reuniões inclusive falo no Conselho [...]. (Entrevistado 2).

Foram questionados ainda em relação às suas percepções acerca do funcionamento dos Conselhos de Saúde. A partir dos depoimentos abaixo, manifestaram os aspectos que, ao olhar deles, impedem os Conselhos de Saúde de serem mais efetivos.

[...] Acho que o Conselho não atua muito nem faz muito o controle. E a população às vezes se acha um pouco desassistida, por isso procuram muito o Ministério Público [...]. (Entrevistado 2).

[...] O controle deve ser exercitado principalmente através dos Conselhos de Saúde. Entretanto, referidos Conselhos têm enfrentado entraves a exemplo da falta de representatividade e de atuação quanto ao seu papel deliberativo. Na prática, na grande maioria dos municípios, o Conselho Local funciona apenas como órgão que encaminha as políticas públicas municipais já estabelecidas. (Entrevistado 1).

Serapioni (2014) corrobora descrevendo que, hoje em dia, a prioridade não é mais a de legitimar a participação dos cidadãos nos sistemas de saúde (preocupação advertida nos anos 1980 e 1990), mas a de melhorar a qualidade e a efetividade da participação, por meio da promoção de estratégia de inclusão.

PERCEPÇÃO ACERCA DO SUS

Nunes (2009) infere que o direito à saúde é um direito social de caráter coletivo, dessa forma, a opinião do jurista é questionável ao considerar o caráter individual do direito à saúde. Contudo, Marques (2008) relata sobre os desafios para o Poder Judiciário, que não pode deixar sem respostas os casos concretos que são submetidos à sua apreciação, vem enfrentando dilemas e decisões trágicas perante cada cidadão que clama por um serviço, o qual, muitas vezes, apresenta-se urgente para que uma vida seja salva e um sofrimento minimizado.

Quando interrogados sobre a percepção em relação ao SUS, relataram:

Processo muito lento ainda. Estamos a quem do que prever a lei do SUS que eu acho fantástica [...] mas infelizmente é uma construção que está sendo a passos de tartaruga, muitos problemas de falta de verbas. Acho que precisa de uma melhor administração e uma melhor fiscalização de verbas. Precisaria de um melhor controle financeiro por parte do Conselho [...] de buscar exigir a aplicação da verba com dignidade, com probidade, enfim, de maneira bastante resoluta. Às vezes o conselheiro não tem conhecimento para estar ali avaliando tabelas e contas de difícil compreensão. (Entrevistado 2).

O SUS é o resultado do reconhecimento do estado brasileiro de que o direito à saúde é direito de todos e obrigação do próprio estado, sendo condição essencial para o pleno exercício da cidadania [...] Desde a criação do SUS, o País experimentou redução da mortalidade infantil e da mortalidade geral, o que denota a evolução do cuidado à saúde no Brasil. Po-

rém, o sistema ainda experimenta problemas de gestão e financiamento e de ineficiência dos mecanismos de controle, os quais ficam ainda mais perceptíveis, quando se verifica [...] que o mesmo serviço em um determinado estado ou município é prestado de forma satisfatória, quando em outro não existe ou funciona de forma precária. (Entrevistado 1).

Oliveira, Zöllner e Dallari (2013) trazem que, apesar das limitações, o SUS obteve muitos avanços desde a sua criação. Ainda em relação aos avanços do SUS, Mendes (2013) expressa que o Sistema público de saúde tem uma dimensão verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue e de transplantes de órgãos.

Pode-se inferir que muitos foram os avanços e conquistas do SUS, contudo ainda persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e qualificado. São citados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2003) três desafios que precisam ser vencidos para superar esses problemas. São eles: o financiamento, a capacidade de gestão e os recursos humanos do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história de conformação do SUS traz a participação social como marco para a consolidação desse Sistema, visto que sua implantação se deu com a Reforma Sanitária, que se concretizou a partir de manifestações sociais por uma saúde que garantisse qualidade e acesso para todos, e cuja bandeira se concentrou na defesa da saúde como um direito de todos.

Nessa perspectiva, sabe-se que transformar a saúde em um direito universal trouxe avanços, porém também enfrenta muitos desafios para sua implementação e efetivação. Regulamentá-la como um direito de todos denota um grande arranjo de recursos. A forma que esses recursos são geridos, e como eles são repassados para a população por meio das ações de saúde, também se constitui em um desafio, que pode ser minimizado mediante o controle social efetivo e resolutivo.

Os resultados do estudo refletem o silêncio e o distanciamento dos entrevistados em relação a essas instâncias de participação social. Em contrapartida, observa-se que a população entrevistada se encontra motivada a continuar buscando a Defensoria Pública. Esses resultados apontam para uma intensificação da judicialização e enfraquecimento dos Conselhos de Saúde.

A partir dos resultados, é possível refletir ainda sobre o distanciamento entre os Conselhos de Saúde e as Funções Essenciais à Justiça. Esses espaços se fortaleceriam com

a participação dessas instituições nas discussões das políticas públicas municipais, em que Conselhos de Saúde, Defensoria Pública e Ministério Público compartilhariam conhecimentos, percepções e estratégias para implantar ou implementar políticas públicas de saúde. Aproximando o SUS da universalidade do direito à saúde.

Os resultados do estudo indicam ainda para uma necessidade urgente de divulgação, e principalmente sensibilização e apropriação da sociedade, para participar ativamente do controle social do SUS por meio dos Conselhos de Saúde, fortalecendo, dessa forma, o Sistema Público de Saúde Municipal.

Apontam ainda para a relevância e para a necessidade da articulação entre os setores da saúde, por intermédio dos espaços de participação social, e o Poder Judiciário, para que, juntos, possam identificar as deficiências do sistema e as barreiras de acesso ao SUS.

COLABORADORES

FERES, A. B. S. – contribuiu na concepção do estudo, coleta e análise das informações, revisão crítica do conteúdo, preparação do manuscrito e aprovação da versão final; AMARANTE, P. D. C. – contribuiu na concepção do estudo, análise das informações, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

ASENSI, F. D. *As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde*. Physis, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 33-55, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br/index.php/ministerio/principal/secretarias/.../humaniza_sus>. Acesso em: 24 out. 2016.

BISPO JUNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 6-17, 2013.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 51. p. 736-748, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Progestores - Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <www.ebab.com.br/content/ABAAA/ejpoAD/entender-gestao-sus>. Acesso em: 24 out. 2016.

DRECH, R. L. *O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Conass, 2015. (Coleção Para entender a gestão do SUS). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_18.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 979-1010.

MARQUES, S. B. Judicialização do Direito à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-82, 2008.

MENDES, E. V. 25 anos de SUS: Resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de Políticas Públicas Locais. *RAP*, Rio de Janeiro v. 42, n. 3, p. 551-79, maio/jun. 2007.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NUNES, L. G. A judicialização da saúde no Brasil: Tentativas para reduzir (conter) o fenômeno. *Revista do CAAP*, Belo Horizonte, n. 2, p. 313-337. 2009.

OLIVEIRA, A. M. C.; ZÖLLNER, A. M. I.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, ago. 2013.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos Sistemas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, 2014.

VILLAS-BÔAS, M. E. (Org.). *O direito a saúde no Brasil*. São Paulo: Loyola, 2014.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Vitória da Conquista, 2013. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_sau-de_plano_2010_2013.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

Capítulo 7

Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos Conselhos Locais de Saúde

Paulo Edson Gomes Botelho Amorim
Stênio Fernando Pimentel Duarte
Maria Helena Barros de Oliveira
Luciana Araújo dos Reis

INTRODUÇÃO

O presente capítulo traz um tema de estudo bastante explorado atualmente por diferentes abordagens acadêmicas, principalmente em função da grande quantidade de instâncias participativas que acompanham e intervêm nas políticas públicas no Brasil. Fenômeno este altamente observado na área da saúde, sobretudo, quando se observa a atuação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Apesar das dificuldades que muitas vezes impedem sua efetividade e seu pleno funcionamento, não se pode negar a contribuição que esses instrumentos de participação social dão para o exercício da democracia e a garantia de direitos às camadas sociais menos privilegiadas.

No entanto, a possibilidade de influenciar política pública por meio de canais de participação popular não foi algo dado, mas resultado de intensas lutas sociais realizadas por grupos formados por trabalhadores, intelectuais, universitários e outros atores, que se mobilizaram para protestar contra a forma de governo autoritária e contra o modo como o direito à saúde era tratado antes da promulgação da Constituição de 1988 (CARVALHO, 1995). Além disso, foram sancionadas as Leis Federais nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Desde então, muitos conselhos de saúde foram criados nos municípios brasileiros. Em 2000, 97,04% destes haviam municipalizado seus serviços de saúde e, portanto, já contavam com Conselhos Municipais de Saúde (CMS), embora no início com pouca atuação. Para Carvalho (1995), os estudos realizados sobre as temáticas dos conselhos de saúde têm concluído que uma série de fatores devem estar articulados para que eles possam propiciar

aos diversos segmentos sociais nestes representados um real poder de decisão sobre a política de saúde e constituírem-se, assim, em canais de participação da população na gestão pública.

No que diz respeito a Vitória da Conquista (BA), há um entendimento comum entre a população de que o município dispõe de efetivos instrumentos de participação popular, como os Conselhos Municipais (Assistência Social, Idoso, Criança e Adolescente, Saúde e outros), Orçamento Participativo e, em especial, os CLS. Assim, o presente estudo buscou entender, por meio do perfil dos conselheiros e das discussões realizadas pelos CLS do município e registradas em atas, como tem sido desempenhado o processo de participação social, garantido pela Constituição Federal.

Nesse sentido, a qualidade da ação dos CLS está diretamente ligada à qualidade e à capacidade de articulação de seus membros, como eles viabilizam em forma de demandas as necessidades e direitos de suas bases sociais. Assim, este trabalho se justifica diante da necessidade de mensurar como o controle social vem sendo exercido no âmbito dos CLS e o que de fato os conselhos vêm contribuindo para a melhoria das políticas de saúde desenvolvida em Vitória da Conquista, por intermédio da atuação dos conselheiros.

METODOLOGIA

128

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. Segundo Minayo *et al.* (2009), quando os dois tipos de pesquisa são bem trabalhados teórica e praticamente, produzem riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva (VALENTIM, 2005), abordando uma determinada realidade sem manipulá-la, procurando conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos da sociedade.

Os CLS do município de Vitória da Conquista foram o campo de estudo desta pesquisa, por esse ser o local de realização do curso de mestrado. Vitória da Conquista situa-se na região Sudoeste do estado da Bahia, aproximadamente a 511 Km da capital, Salvador. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o município possui área de unidade territorial de 3.356 km², maior inclusive do que o município de Salvador, e população estimada de 340 mil habitantes. A cidade possui uma grande população rural, distribuída por 284 povoados em 10 distritos.

Criados a partir de 1997, existem 39 conselhos locais de saúde atuando ao lado das unidades de saúde. O critério de seleção foi determinado a partir de uma amostra intencional que, segundo Barros e Lehfeld (2000), baseia-se na estratégia para que se escolham os elementos da amostra, de acordo com os critérios estabelecidos. Os CLS foram selecio-

nados, até o limite de oito, com base nos seguintes critérios: 1) CLS inseridos em unidades com maior número de pessoas cadastradas; 2) CLS mais antigos (antiguidade); 3) CLS com maior acessibilidade, uma vez que a zona rural do município é extensa; e 4) Proporcionalidade na escolha em relação aos CLS da zona urbana e rural.

No entanto, após iniciada a pesquisa, verificou-se que dois conselhos, CLS da Unidade de Saúde da Família (USF) Solange Hortélio, no Centro Social Urbano (CSU), e a Policlínica de Atenção Básica Dr. Ademário Santos, não tinham disponíveis em seus arquivos as atas dos anos de 2012 e 2013, razão pela qual foram excluídas da pesquisa. É importante ressaltar que os documentos dos conselhos locais de saúde geralmente ficam arquivados na sede da unidade da saúde ao qual estão vinculados. Assim, os conselhos estudados receberam o código conforme *quadro 1* abaixo.

Quadro 1. Codificação dos conselhos de saúde

Unidade de saúde / Conselho Local de Saúde	Zona	Código
(USF) Urbis V	Urbana	06
(USF) Urbis VI	Urbana	03
(UBS) Policlínica de Atenção Básica Panorama	Urbana	01
(USF) Pradoso*	Rural	02
(USF) Igua*	Rural	04
(USF) Inhobim*	Rural	05

Fonte: PMVC. Assessoria de Controle Social da SMS de Vitória da Conquista (2014a).

*CLS pertencentes à zona rural do município.

Além da pesquisa documental dos seis CLS, fizeram também parte do estudo os conselheiros que atuam nesses órgãos. Cada conselho possui, segundo Regimento Interno, no mínimo, oito conselheiros, sendo 50,0% representantes dos profissionais das unidades básicas ou USF e 50,0% representantes dos usuários do SUS. Assim, a população-alvo da pesquisa foi constituída por 48 conselheiros, sendo estes submetidos ao critério de exclusão, ou seja, exercer há pelo menos um ano mandato em algum órgão de controle social na saúde no município e estar presente nas reuniões no momento da coleta de dados. Foram excluídos 17 conselheiros, e a amostra do estudo foi representada por 31 conselheiros que responderam o questionário aplicado pelo pesquisador. Esses conselheiros foram excluídos do estudo pelo fato de não estarem presentes nas reuniões em que houve a aplicação do questionário e/ou por terem se recusado a participar.

A análise documental foi representada pelas atas dos seis conselhos nos anos de 2012 e 2013. Pretendia-se inicialmente calcular uma amostra dessas atas, porém, durante a pesquisa de campo, constatou-se que nem todas estavam disponíveis, o que impossibilitou o cálculo da amostra da maneira que se havia planejado. A partir desse cenário, optou-se por selecionar as atas dos meses nos quais o maior número possível de conselhos realizou reunião ordinária, quais delas estavam completas e em condições de análise. Assim, em 2012, foram selecionadas as atas dos meses de março, julho e outubro e, em 2013, de março, julho e setembro, totalizando 33 atas.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro para realização da análise documental das atas e um questionário para coleta de informações dos conselheiros. O roteiro de análise das atas foi elaborado levando-se em consideração as atribuições e competências estabelecidos no art. 2º do Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista, conforme descrito abaixo.

Art. 2º – Os Conselhos Locais de Saúde terão as seguintes atribuições:

I – Participar do planejamento, controle e avaliação das ações e serviços da unidade em que se encontrar inserido;

II – Conhecer a condição de saúde da população da área de abrangência da Unidade de Saúde a qual se integra;

III – Discutir e inteirar-se sobre as questões relevantes nas áreas de saúde e afins;

IV – Definir prioridades para implantar, traçar, implementar e aperfeiçoar PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde);

V – Planejar e avaliar o atendimento aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS/USF);

VI – Discutir e propor a política de recursos humanos e aquisição de materiais necessários ao funcionamento da Unidade de Saúde;

VII – Monitorar o cumprimento das metas do Coap (Contrato Organizativo de Ação Pública) e sala de situação dos indicadores de saúde da Atenção Primária;

IX – Acompanhar a Implementação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);

X – Motivar os conselheiros locais de saúde a participar na formação e capacitação em gestão participativa no SUS;

XI – Incentivar a participação da comunidade nas reuniões do CLS e CMS. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013, n.p.).

O questionário aplicado aos conselheiros, foi semiestruturado, sendo dividido em seis partes: 1) informações sociodemográficas; caracterização dos conselheiros quanto às atividades desempenhadas no CLS e outras entidades ou sindicatos; 2) caracterização dos conselheiros quanto aos assuntos tratados, 3) o Regimento e capacitação; 4) conhecimento enquanto conselheiro sobre conhecimento sobre controle social em saúde; 5) o que fazer para melhorar a atuação dos CLS; 6) apoio dispensado pela Secretária Municipal de Saúde aos CLS.

Segundo Minayo *et al.* (2009), a entrada em campo deve prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa. Assim, antes de ir à reunião nos conselhos, o pesquisador realizava contato prévio por telefone, ora com o presidente do CLS, ora com a gerente da unidade de saúde, para confirmar presença na reunião, conforme cronograma entregue pelo Órgão de Assessoramento de Controle Social.

Após aplicação dos questionários, os dados quantitativos oriundos do referido instrumento foram inicialmente inseridos em uma planilha do programa Excel® e, em seguida, transportados para o Programa Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, no qual foi realizada análise estatística descritiva simples, sendo calculados média, desvio padrão e porcentagem absoluta. Para organização dos dados qualitativos, foi usada a técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Laurence Bardin.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se no presente estudo que houve uma maior frequência de conselheiros do sexo feminino (71,0%), com nível e escolaridade referentes a ensino médio completo (41,9%) e média de idade de 47,77 (\pm 12,54) anos. Isso significa que são pessoas em sua maioria do sexo feminino que já possuíam pelo menos 20 anos ou mais no momento de transformação do sistema de saúde, a partir da Constituição de 1988. Além disso, os dados sugerem que “a pessoa já passou por uma trajetória de experiência profissional e/ou política e/ ou acadêmica que faz supor que ela já tenha no mínimo 30 anos de idade” (BRASIL, 2007, p. 23).

O número maior do sexo feminino pode ser reflexo do crescimento da participação da mulher na vida política de maneira geral e, possivelmente, por seu envolvimento histórico com assuntos que abrangem o cuidado à saúde. Para Costa (2009), o fortalecimento dos movimentos de mulheres e a presença de lideranças e setores de mulheres nos partidos políticos permitiram, por exemplo, que, em 1985, fossem criados os conselhos nacional e estaduais com a missão de defesa dos direitos da mulher e implantadas delegacias para mulheres.

Os conselheiros encontram-se em uma faixa etária que é considerada de maturidade (entre 30 e 50 anos), e isso é coerente com sua participação em uma instância na qual é necessário ponderar determinados fatos para a tomada de decisões. “Não que isso seja

garantia de que as decisões sejam melhores, pois há evidentemente outros fatores que vão interferir nesta decisão” (WENDHAUSEN, 2002, p. 212). Tais dados são relevantes visto que, por serem pessoas mais maduras e com certa experiência de vida, tendem a apresentar maior compromisso e dedicação na realização de suas atividades como conselheiro, além de apresentarem maior interesse nas questões políticas e administrativas.

No que se refere ao nível de escolaridade, grande parte dos conselheiros possui pelo menos o ensino médio completo (41,9%). Desses, 12,9% possuem pelo menos curso superior completo, 12,9% têm a especialização (*lato sensu*) como titulação máxima e apenas 1 (3,2%) possui mestrado. Os entrevistados com grau de titulação mais elevada, especialização e mestrado, pertencem aos quadros de servidores na unidade de saúde. Houve ainda 2 conselheiros que possuem apenas o ensino fundamental incompleto (6,5%), mas não houve registro de analfabeto ou pessoa sem escolaridade. Esses resultados podem indicar a exclusão da população sem ou com pouca escolaridade dos processos de controle social da política de saúde.

Os conselheiros com terceiro grau e especialização representam uma minoria da amostra. Dessa forma, a questão problemática aqui é a diferença de escolarização entre os conselheiros, visto que, entre eles, há um predomínio do ensino médio e fundamental. Nesse contexto, é de se esperar que essa diferença possa influir no espaço de poder dos conselhos locais de saúde.

132

Para Gohn (2014), garantir a participação realmente paritária dos conselheiros, igual em número e qualidade entre os representantes do Estado e da sociedade civil organizada, é uma tarefa difícil, e essa deficiência é relatada como um dos motivos de insucesso de conselhos municipais. Nos conselhos ora estudados, apesar da diferença cultural entre trabalhadores da saúde e usuários do SUS, as reuniões em geral conseguem fluir em boa medida, pois a pouca escolaridade dos conselheiros usuários muitas vezes é compensada pelas experiências adquiridas em anos de participação social nessas instâncias.

Em relação à realização de atividade remunerada, verificou-se que houve uma maior distribuição de conselheiros com essa atividade (71,0%), com emprego fixo (61,3%), com renda mensal individual de mais de 1 até 3 salários mínimos (de R\$ 789,00 até R\$ 2.364,00). De acordo com estudos realizados por Cunha (2006), a renda e o nível de escolaridade dos conselheiros municipais no Brasil são superiores à média da população do País. Para ela, a explicação estaria no fato de que os conselheiros representantes do poder público (governo) possuem níveis de renda e de escolaridade maiores que a média da população. Mesma conclusão de Coelho (2004), que, ao estudar o perfil dos conselheiros municipais na cidade de São Paulo, observou que os representantes da sociedade civil possuíam níveis de renda e escolaridade significativamente mais baixos do que os apresentados pelos representantes do Poder Público.

Na caracterização dos conselheiros quanto às atividades desempenhadas no CLS e outras entidades ou sindicatos, observou-se que a maioria dos conselheiros representa os usuários de saúde, atua como conselheiros entre 4 e 6 anos (38,7%), 100,0% relatam participação regular nas reuniões; 22,6%, participação em alguma entidade ou associação (associação de bairro ou de moradores) e 22,6%, participação em outro tipo de atividade. Pode-se inferir que grande parte dos conselheiros locais usuários do SUS de Vitória da Conquista possui experiência em prática de controle social na saúde, sendo que alguns deles participam também de outros segmentos coletivos, como associações de moradores, movimento religioso e até partidos políticos.

Sobre o recebimento de capacitação como conselheiro, 61,3% responderam que não receberam capacitação para atuar como tal. Esse dado pode indicar uma grande dificuldade no desempenho das atividades como conselheiro, prejudicando suas decisões pela falta de conhecimento das leis, do Regimento, do plano municipal, da dinâmica do SUS e mesmo sobre a função dos conselheiros e conselhos. Embora os conselheiros tenham demonstrado, no questionário, experiência em trabalho com controle social na saúde, essa participação pode não estar sendo feita de forma plena em função da falta de capacitação que, a rigor, deveria ser promovida pelo CMS.

No que diz respeito às respostas por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) quanto às deliberações do CLS, 80,6% dos conselheiros afirmam que os pleitos do conselho, às vezes, são atendidos pela Secretaria. Esse dado demonstra que nem sempre fica claro um alinhamento das ações do governo com as deliberações e aprovações do conselho. A falta de confiança nesta importante relação (poder público e conselho locais) pode diminuir o potencial dessas instâncias como parceiras na discussão e implementação das políticas públicas voltadas para a saúde.

Em relação à facilidade de compreensão dos assuntos tratados nas reuniões do conselho, 51,6% afirmaram que eles são plenamente fáceis de compreender. No que diz respeito ao conhecimento sobre o Regimento Interno dos CLS, 48,4% afirmam ter conhecimento da referida legislação, e 51,6% dizem não saber as atribuições dos CLS no Regimento Interno. Como a maior parte dos conselheiros não recebeu capacitação para atuar como conselheiro, compreende-se a falta de conhecimento sobre a legislação vigente, em especial, o Regimento Interno. É importante destacar que esse contexto de desconhecimento sobre a legislação, ainda que minoria entre os conselheiros, pode ser interpretado como fator predeterminante para a realidade inadequada do exercício do controle social em saúde (MARTINS, 2007).

Além de trazer a definição do conselho juridicamente e suas características, o Regimento elenca todas as atribuições dos conselheiros, prevê a composição, paridade, funcionamento e dinâmica das reuniões. Para atuar em uma instância deliberativa como o CLS e exercer o controle social, é necessário o conhecimento da legislação que o ampara

e que garante democraticamente sua participação, dado esse contraditório ao encontrado no presente estudo, no qual a maioria dos conselheiros não recebeu treinamento. Assim, a qualificação dos conselheiros é condição para o fortalecimento da participação social e da vigilância sobre a gestão pública.

Uma das questões formuladas (múltipla escolha) aos participantes tinha o objetivo de apontar quais as atribuições previstas no Regimento Interno dos CLS, exercidas com maior regularidade pelos conselhos. Os conselheiros informaram que são as seguintes, em ordem crescente: incentivar a participação da comunidade nas reuniões do CLS e CMS; participar do planejamento, controle e avaliação das ações e serviços da unidade em que se encontrar inserido; conhecer a condição de saúde da população da área de abrangência da unidade de saúde a qual se integra; e discutir e inteirar-se sobre as questões relevantes nas áreas de saúde e afins.

Pode-se inferir que as atribuições que mais são praticadas pelos conselhos são aquelas que não demandam maior conhecimento acerca de instrumentos de gestão utilizados pelo gestor público ou mesmo legislação acerca de controle social: incentivar a participação social, discutir questões nas áreas de saúde de sua abrangência, conhecer a condição de saúde da população da sua área e participar das ações de sua unidade de saúde.

Assim, a atuação do conselho no processo de implementação e elaboração de instrumentos de gestão em saúde, como definir prioridades para traçar e aperfeiçoar o Planejamento e Programação Local de Saúde (PPLS) ou ainda acompanhar a implementação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, foi pouco citada pelos conselheiros. Tais funções, que tratam das políticas públicas de saúde de forma mais abrangentes, como no caso do Plano Municipal de Saúde que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados para a área da saúde no período de quatro anos, deveriam ser as mais importantes dos CLS (SALIBA *et al.*, 2009, p. 1373).

Quanto às questões abertas, inicialmente perguntou-se aos conselheiros quais os assuntos mais abordados pelos conselhos locais durante as reuniões. Quase de forma unânime, os conselheiros responderam, como um dos principais assuntos discutidos, a demora na marcação dos exames e consultas, cujas solicitações são entregues nas unidades de saúde. Verificou-se ainda que as palavras de maior distribuição em ordem decrescente foram: Saúde (1,45%), Exames (0,97%), Marcação (0,76%), Atendimento (0,69%), Médico (0,55%), Atendimentos especializados (0,48%) e Dificuldades (0,41%).

Ainda que a pergunta tenha sido feita com o enfoque sobre os assuntos mais abordados pelo conselho, pode-se inferir, por meio das respostas, a visão do conselheiro sobre o SUS, que é bastante centrada na focalização, principalmente no que se refere à realização de procedimentos assistenciais, como consultas, e ao fato do conselho local ter como atribuição 'resolver' essa questão.

Para Martins (2007), esse contexto pode ser reflexo da realidade vivenciada na implantação do SUS, que teria criado uma ‘universalidade excludente’, ou seja, juntamente com o acesso aos serviços de saúde a toda população, independentemente de sua posição social, ocorreu a precarização desses serviços, resultando na exclusão das camadas mais bem remuneradas da sociedade para o sistema privado.

No que se refere à análise das atas dos conselhos, algumas considerações são necessárias: 1) Observa-se que grande parte das reuniões, segundo estrutura das atas, é destinada a informes das atividades e serviços desenvolvidos pela unidade de saúde e da gestão da SMS; 2) Verifica-se ainda muitas falas de representantes da gestão justificando alguma reclamação, divulgando agenda do governo ou atividades da unidade de saúde; e 3) As discussões sobre falta de profissionais da equipe de atendimento; demora na marcação de consultas e procedimentos e esvaziamento das reuniões do CLS ocupam a maior do tempo das reuniões.

Assim, as ideias discutidas pelos conselheiros foram extraídas a partir da criação de núcleos de sentido presentes em seus discursos. Dessa forma, pode-se dizer que os núcleos identificados são categorias que reúnem um grupo de elementos comuns sob um título genérico, fornecendo uma representação simplificada dos temas investigados sob a ótica dos atores entrevistados (BARDIN, 1977).

Verificou-se que as palavras (categorias) mais frequentes presentes nos discursos nas atas dos seis conselhos em ordem decrescente são: Saúde (1,01%), Comunidade (0,96%), Equipe (0,91%), Atendimento (0,76%), Unidade (0,56%), Família (0,51%), Posto (0,40%), Marcação (0,35%) e Exames (0,30%). Assim, essas categorias foram analisadas e comparadas com as atribuições definidas no Regimento Interno dos CLS.

Com base nas palavras de maior frequência nas nuvens de palavras, foram criadas quatro categorias: Saúde: completo bem-estar físico, mental e social; Exames: o problema da dificuldade de acesso; Comunidade: participação social como forma de modificar a realidade; e Equipe de saúde: trabalhadores da saúde e usuários do SUS em prol da melhoria do SUS.

Categoria 1. Saúde: completo bem-estar físico, mental e social

A palavra ‘saúde’ é a que mais se repete nas atas das reuniões dos CLS. No Regimento Interno, pode-se encontrá-la no sentido de promoção da saúde, nos incisos II e III do art. 2º: II – Conhecer a condição de saúde da população da área de abrangência da unidade de saúde a qual se integra; e III – Discutir e inteirar-se sobre as questões relevantes nas áreas de saúde e afins. A promoção da saúde está relacionada com a potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas diante dos múltiplos condicionantes da saúde (BACKES *et al.*, 2009).

Nas falas dos conselheiros presentes nas atas, percebe-se o engajamento do CLS nas

questões que envolvam saúde da área de abrangência de sua unidade de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1946), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, o que pressupõe envolver não só o acesso a bens e serviços de saúde, mas também saneamento, lazer, trabalho, moradia.

São exemplos de discussões que ilustram não só o conhecimento do conselho sobre as questões de saúde da sua comunidade (Inciso II) como também de ações importantes que visam à melhoria da localidade onde estão inseridos (Inciso III) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013, n.p.): “O conselheiro reforçou que o Conselho Local de Saúde não ficará restrito ao setor da saúde, mas lutará junto a outras secretarias para a conquista de outros benefícios para a comunidade” (Conselho 03); e “O conselheiro afirma não receber água, que já propôs que o carro pipa disponibilizasse a água até certo ponto e que ele se dispunha a buscar a cavalo devido a dificuldade de acesso, mas não houve acordo” (Conselho 01).

Categoria 2. Exames: o problema da dificuldade de acesso

Verificou-se nas discussões registradas em atas uma grande preocupação por parte dos conselheiros e usuários participante dos CLS com a dificuldade em agendar consultas com o clínico na unidade de saúde e também com especialistas, na rede credenciada e da própria Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (PMVC), e ainda demora na marcação de procedimentos solicitados pelos médicos, razões pelas quais foi criada a referida categoria neste estudo, embora a palavra ‘exames’, individualmente, tenha aparecido em último na escala de frequência.

Segundo dados da Ouvidoria da Saúde de Vitória da Conquista, o maior percentual de demanda dos usuários do SUS no órgão refere-se à solicitação de consultas especializada como ortopedia e oftalmologia. Destes, poucos conseguem realizar o agendamento, mesmo via Ouvidoria, em função da cota insuficiente destinada às unidades e critérios de prioridade (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015).

A dificuldade também foi atestada na fala dos profissionais da saúde, que muitas vezes associa o problema ao número insuficiente de cotas de especialidades para cada unidade de saúde da família, a exemplo das falas destas servidoras nas reuniões do conselho: “a enfermeira salientou que a cota para a unidade é muito pequena e não conseguiu marcar todos os exames, mas tenta priorizar os mais urgentes” (Conselho 03); e “a representante da gestão informou que este problema de marcação só vai melhorar com a descentralização, na qual os exames serão marcados pelas unidades” (Conselho 05).

O acesso a consultas permanece como um importante problema de acesso na atenção básica, como demonstraram Araújo, Vieira e Silva (2008), sendo um desafio para o SUS. Mesmo com o aumento da cobertura na atenção básica (SÁ, 2002), ainda é comum se deparar

com usuários que não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas.

Categoria 3. Comunidade: participação social como forma de modificar a realidade

Ao analisar as discussões registradas nas atas das reuniões, percebe-se um frágil desejo da sociedade em participar dos CLS, deixando muitas vezes aos gestores a responsabilidade de capacitar e estimular os conselheiros, por meio de órgãos criados para esta função. Tal postura leva à sensação de que o papel de dirigir e formar o conselho cabe unicamente ao gestor, e, infelizmente, essa lógica tem se propagado. O esvaziamento é observado em praticamente todos os conselhos estudados.

Segundo o Conselho 05, “o presidente do conselho falou sobre a dificuldade das pessoas participarem das reuniões e frisou a importância das sessões itinerantes para ouvir de cada comunidade os seus problemas”. O Conselho 04 reclama da falta de participação popular:

A conselheira relatou sobre a importância da participação da comunidade para reivindicação das demandas e falou também sobre a baixa participação da comunidade e a importância das ACS convidar as pessoas para a reunião do CLS. (Conselho 04).

Por meio da participação social, a comunidade é a principal responsável pela promoção do controle social, devendo entender os conselhos não como espaços que apenas atestam políticas públicas de saúde, mas como uma possibilidade de participar da gestão, por intermédio da discussão, incitando o entendimento de saúde como direito humano. Os conselhos podem e devem ser entendidos como um local de pleno exercício da cidadania, onde se questiona a ordem estabelecida. Desse modo, tornam-se mais efetivos a participação popular e o exercício da cidadania.

Categoria 4. Equipe de saúde: trabalhadores da saúde e usuários do SUS em prol da melhoria do SUS

Segundo o inciso I, do art. 2º do Regimento Internos dos CLS, é atribuição dos conselhos participar do planejamento, controle e avaliação das ações e serviços da unidade em que se encontrar inseridos. O dispositivo legal conferiu ao conselho uma das atribuições mais importantes no que diz respeito ao controle social no SUS.

De acordo informações da Diretoria de Atenção Básica (DAB) do município, a equipe de atendimento médico das unidades de saúde realizam quadrimestralmente sala de situação, um espaço físico e virtual onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe técnica, para caracterizar a situação de saúde de uma população (RIPSA, 2008), e propõe indicadores que serão apresentados aos conselhos.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. (RIPSA, 2008, p. 13).

Assim, para a gestão, a seleção desses indicadores é essencial quando se trata de monitoramento e avaliação do sistema de saúde, pois permite acompanhar o alcance das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, de modo a conseguir melhorar as políticas voltadas para a saúde. Segundo a DAB, os indicadores obtidos da sala de situação são apresentados aos conselhos locais que irão priorizar quais deles serão trabalhados pela equipe na unidade de saúde ao qual estão vinculados, nas suas respectivas localidades.

A falta de capacitação, aliada à desinformação, pode ser obstáculo para o entendimento dos conselheiros acerca dos processos do SUS como um todo. Ao participar das etapas de planejamento, ainda que localmente, o conselho contribui para que a engrenagem do SUS possa gerar como resultado melhoria nas políticas públicas de saúde previstas em seus instrumentos de médio prazo, a exemplo do Plano Municipal de Saúde.

No entanto, na análise das atas, observou-se que esta dinâmica (planejamento, acompanhamento e avaliação) pouco apareceu nos registros das reuniões dos conselhos no período estudado.

CONCLUSÃO

Constatou-se, com o estudo realizado, que o controle social desempenhado pelos CLS no município de Vitória da Conquista não é exercido de forma plena, uma vez que foi possível observar uma série de fatores que obstaculizam a vivência efetiva de participação social na gestão de saúde. Entre eles, citam-se o acesso à informação, desconhecimento da legislação vigente e, com isso, inobservância quando às atribuições previstas no Regimento Interno, valorização a determinados temas nas reuniões em detrimento de outros e baixa presença da comunidade nas reuniões (esvaziamento). Diante disso, é possível afirmar que os CLS estudados são espaços que exercem, minimamente, o controle social no município.

Verificou-se ainda que grande parte dos conselheiros não sabe definir, sob o ponto de vista do SUS, o papel do controle social. Dessa forma, das 11 atribuições elencadas no Regimento Interno, nem todas são desempenhadas a contento pelos CLS, sendo a não realização de algumas motivadas por falta de conhecimento dos conselheiros. Todavia, as atribuições de motivar a participação social dentro das reuniões e conhecer a condição de saúde da comunidade onde está inserida são observadas, o que demonstra, ao menos, preocupação dos conselheiros com a efetividade do controle social em sua localidade.

Constatou-se ainda, na presente pesquisa, que os temas e assuntos abordados pelos CLS de Vitória da Conquista, registrados nas atas das reuniões do biênio 2012 e 2013, dizem respeito à saúde, comunidade, equipe, atendimento, unidade, família, posto, marcação e exames, que serviram de base para criação de quatro categorias temáticas, criadas a partir dos resultados obtidos na análise documental. Concluiu-se, assim, que, embora as discussões encontrem respaldo no Regimento Interno, não é possível afirmar que os conselheiros desempenharam todas as atribuições previstas de forma plena, uma vez que houve predominância de determinadas competências em detrimento de outras.

Além disso, o incentivo à participação social, atribuição também prevista no Regimento, se dá apenas nas reuniões, quando deveria extrapolar os limites físicos da unidade de saúde e alcançar toda a comunidade. Assim, ficariam mais próximos da dinâmica dos serviços das unidades de saúde, possibilitando fiscalização, acompanhamento e controle mais amplo dos serviços prestados à comunidade.

Ressalta-se, porém, que a própria existência dos CLS, por si só, pode ser considerada, na gestão da saúde, um enorme ganho para a sociedade, pois são espaços criados para conquistas, em uma perspectiva de gestão participativa. Desse modo, entende-se que o controle social e os CLS são valorizados pelos conselheiros, como demonstraram as entrevistas, e têm sido entendidos como fundamentais no SUS. No entanto, entende-se que ainda é necessária a compreensão da dimensão que essas instâncias ocupam no processo de decisão das políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, com base nos resultados do estudo, sugere-se a promoção da capacitação dos conselheiros locais de saúde, iniciativa que pode partir do próprio conselho, da gestão ou mesmo do CMS. A qualificação torna-se uma interessante ferramenta para os conselheiros, podendo ser específica ou permanente, pois propicia o aprimoramento do exercício de controle social e torna mais efetiva a participação social. Quanto mais estruturado, qualificado e reconhecido pela gestão, certamente serão mais efetivos com as necessidades locais e com maiores possibilidades de trazer impactos positivos na saúde da população de sua abrangência. Além disso, há necessidade também de adoção de medidas mais eficazes de divulgação dos CLS, com o apoio da mídia se possível.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1899-906, 2008.

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceito de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-7, jan./mar. 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução Augusto Pinheiro e Luis Antero Reto. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Conhecimento em gestão participativa: relatório e pesquisas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 20 maio 2014.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

COELHO, V. S. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 255-269.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014>. Acesso em: 8 set. 2016.

CUNHA, E. S. O potencial de conselhos de políticas e de orçamentos participativos na gestão democrático-participativa. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA (ABCP), 5., 2006. *Anais...* Belo Horizonte, 2006, p. 8.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativa Populacional*

de 2014. Dados referentes ao município de Vitória da Conquista. 2014. (fornecidos em meio eletrônico). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>>. Acesso em: 13 out. 2015.

MARTINS, P. C. *Controle Social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário*. 2007. 400 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2007.

MINAYO, C. *et al.*; *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Nova York: OMS, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 20 maio 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SÁ, D. A. *Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informação do SUS (SIA-SUS)*. 2002. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2002.

SALIBA, N. A. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009.

VALENTIM, M. L. P. *Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação*. São Paulo: Polis, 2005.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Regimento interno dos conselhos locais de saúde. 2013.

_____. Ouvidoria Municipal da Saúde. *Relatório de Gestão*. 2015.

WENDHAUSEN, Á. *O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde*. Itajaí: UNIVALE, 2002.

Capítulo 8

Perfil dos adolescentes usuários de drogas ilícitas no município de Vitória da Conquista (BA) que se utilizam das políticas públicas de saúde

Luana Valério Santana da Silva
Maria Helena Barros de Oliveira
Stênio Fernando Pimentel Duarte
Luciana Araújo dos Reis

INTRODUÇÃO

O termo droga tem conceituação diversamente difundida, tanto positiva quanto negativamente. Sob o aspecto legal, as drogas se dividem em drogas lícitas, sendo aquelas que podem ser comercializadas de forma legal, embora passíveis de restrições, hipótese do álcool, cuja venda é proibida aos menores de 18 anos, e as drogas ilícitas, aquelas que são proibidas por lei (FRASSETO; JIMENEZ, 2015).

As variações expostas orientam a abordagem deste trabalho, e por seu recorte vinculativo ao direito, adota o conceito previsto na Lei nº 11.343/2006 que, ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), trouxe notável inovação em face das revogadas Leis nº 6.368/76 e Lei nº 10.409/2002. Assim, já o artigo 1º, Parágrafo único da Lei nº 11.343, prescreve:

Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. (BRASIL, 2006).

Vê-se que o novo entendimento jurídico quanto à utilização do vocábulo droga em substituição ao entorpecente, anteriormente previsto, reflete a terminologia adotada também pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ANDREUCCI, 2011).

Relativamente à adolescência, nos termos da Constituição Federal, e de todas as demais leis do País (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990), adolescentes são aquelas pessoas em idade compreendida entre 12 e 18 anos, assim eles são tidos por inimputáveis, ou seja, possuem presunção absoluta de serem incapazes de entender-se e determinar-se plenamente diante de algumas situações, considerando o critério biológico em ampla acepção, ante o incompleto desenvolvimento psíquico e emocional que marca essa etapa do desenvolvimento do ser humano.

Ao mesmo tempo, é fato que caracterizar adolescente constitui tarefa com alguma imprecisão, posto que manifestações próprias da adolescência dependerão também de fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos, entre outros, que construirão cada adolescente individualmente, quebrando a linearidade do critério biológico, que caracteriza e enquadra adolescente como todo aquele pertencente a uma determinada faixa etária.

Para Faria Filho (2014), além de ser época de significativas transformações, descobertas, rupturas e aprendizados, favorece também a ocorrência de situações de risco, medos, amadurecimentos e ‘experimentações de muitos dos comportamentos adultos’.

Desse modo, também se pode dizer que, além das características vivenciadas internamente pelo adolescente, a coexistência de múltiplos fatores de ordem externa, como a ausência ou insuficiência histórica de políticas que garantam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de drogas ilícitas, reforçam uma vivência de reiteração do uso abusivo de drogas ilícitas pelo adolescente.

Ademais, em um contexto de vulnerabilidades, ao se reconhecerem como adolescentes usuários de drogas ilícitas, eles se veem ainda forçados a saber lidar com alguns fatores que reforçam a exclusão social, em um giro repetitivo e maléfico.

Essa tensionada relação social vem ganhando fortes contornos no Brasil de hoje, pois se é fato que se está aparelhado por moderna e bem construída legislação protetiva e responsabilizadora, a realidade, registram Marques e Cruz (2000), dá conta de que diversos levantamentos epidemiológicos apontam para o crescimento do consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes.

Nesse sentido, ao traçar um panorama de evolução do uso de drogas, Marques e Cruz (2000), afirmam ainda que até o início da década de 1980 as taxas de consumo de drogas entre os estudantes não eram alarmantes, já em 1987, ao realizar levantamento com adolescentes, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade de São Paulo (Cebid) documentou uma tendência ao crescimento do consumo, e em levantamento realizado em 1997, o Centro continuou registrando tendência de aumento.

Seguindo o caminho das pesquisas anteriores, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em 2009 e em 2012, ao investigar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes com os estudantes do 9º ano do ensino fundamental em todo o País, identifi-

cou que, em 2009, 8,7 % dos alunos pesquisados já haviam experimentado drogas ilícitas, e em 2012 esse percentual foi de 9,9 % (FARIA FILHO, 2014).

Com esse desenho normativo, a problematização posta no estudo analisa qual o perfil desse adolescente usuário de drogas ilícitas que utiliza das políticas públicas de saúde no município de Vitória da Conquista (BA), caracterizando-o quanto ao sexo e à idade, identificando os tipos de drogas ilícitas usadas pelos adolescentes, investigando como ocorre o encaminhamento desses usuários de drogas ilícitas no município aos serviços de tratamento e, por fim, identificando a terapêutica adotada no tratamento deles.

Sobre a pertinência da análise proposta, o estudo tem relevância manifesta, sendo certo que a representatividade regional de Vitória da Conquista (BA) resulta também em um certo espelho do cenário nacional, e mais, há uma carência de estudos e socialização destes sobre o perfil do adolescente usuário de drogas ilícitas inseridos em acompanhamento nas políticas públicas municipais. Com isso, a pesquisa e estudo auxiliam a avaliação das políticas públicas disponibilizadas ao segmento populacional estudado.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório descritivo, retrospectivo e documental, com delineamento transversal e abordagem quantitativa (CERVO; BERVAIN, 1996). A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

As pesquisas descritivas, de acordo com Gil (2008), objetivam a exposição, a explicitação das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Nos estudos retrospectivos, colhem-se dados sobre exposições ou doenças que ocorreram no passado, por exemplo. Os estudos transversais não apresentam período de seguimento, os dados são colhidos em um único ponto no tempo e representam um corte transversal ou fotografia das características da população em estudo.

Segundo Cervo e Bervain (1996), a pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil, por vezes, distingui-la, posto que a pesquisa bibliográfica utiliza fontes construídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas, físicas, ou virtuais, hoje. Já a pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão etc., também em acervos físicos ou tecnológicos, de acesso virtual.

A abordagem quantitativa, por sua vez, representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando considerável

margem de segurança quanto às inferências de conclusão (FONSECA, 2002).

O estudo produzido teve como ponto de partida a realidade do município de Vitória da Conquista, no interior da Bahia. Os espaços de realização da pesquisa foram o Capsad III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e o Capsia (Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Adolescente), estabelecimentos onde estão implementadas as políticas públicas de saúde do município para o enfrentamento ao uso abusivo de drogas ilícitas.

O município de Vitória da Conquista está localizado no Centro Sul do estado da Bahia, distante cerca de 510 km da capital, Salvador, sendo cortado pela BR 116, entre os km 827 a 829, com uma área territorial de 3,704,018 km² e uma densidade demográfica de 91,41 hab./km² (IBGE, 2013).

De acordo com o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a população do município, levantada oficialmente em 2010, era de 306.866, sendo estimado para o ano de 2014 o total de 340.199 pessoas. Destes, na faixa de 10 a 14 anos, havia 27.363 habitantes, sendo 13.917 do sexo masculino, e 13.466 do sexo feminino; 27.773 na faixa entre 15 a 19 anos, sendo 13.453 do sexo masculino e 14.320 do sexo feminino.

As unidades de atendimento que compõem o objeto da pesquisa de campo são: o Capsad III, equipamento municipal da rede de atenção psicossocial, onde se dá a execução da política pública de saúde direcionada aos usuários de drogas, inclusive de drogas ilícitas, e o Capsia, estabelecimento integrante da rede de atenção psicossocial do município de Vitória da Conquista, disponibilizando atendimento também às crianças e aos adolescentes portadores de transtornos mentais. Embora o atendimento do Capsia seja direcionado a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais de modo geral, o Centro também é responsável pelo atendimento de adolescentes até 16 anos que fazem ou já fizeram uso abusivo de drogas ilícitas.

Respeitado o conceito jurídico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o segmento populacional eleito para o trabalho está representado por todos os adolescentes usuários de drogas ilícitas e cadastrados no Capsad III e no Capsia, aí incluídos os adolescentes cadastrados para utilização do serviço no período de 2014 a 2016, sendo a referida amostra representada por 35 adolescentes, dos quais, 23 usuários do Capsad III e 12 atendidos pelo Capsia.

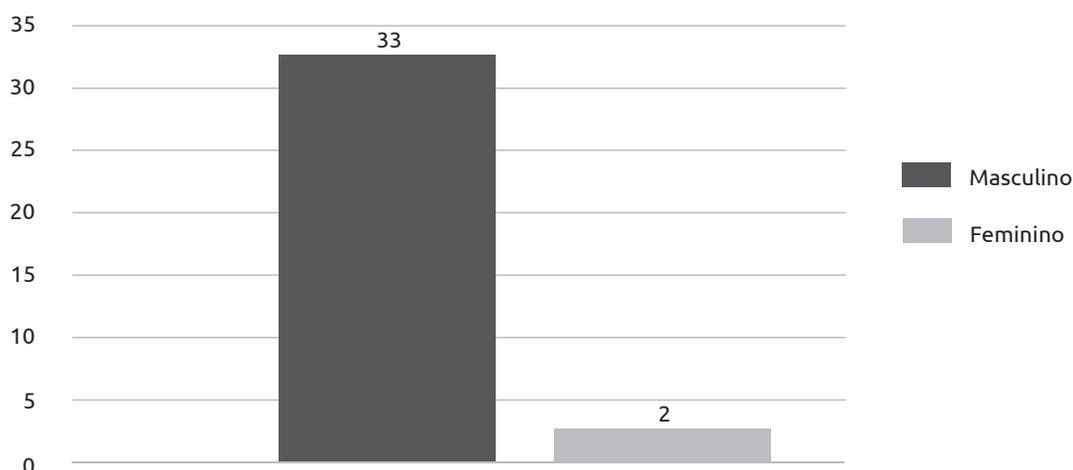
À realização da pesquisa, a coleta de dados foi executada com um roteiro especialmente elaborado para tal fim, estruturado em campos para informações referentes a sexo, idade, tipo de droga ilícita utilizada, terapêutica adotada e origem do encaminhamento.

Os dados coletados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Programa Excel® versão 2003 e posteriormente transportados para uma planilha do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, no qual foi realizada análise estatística descritiva dos dados, sendo os dados apresentados em gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se no presente estudo que, em relação ao sexo, houve uma maior distribuição do sexo masculino (n=33), segundo dados do gráfico 1. O predomínio do sexo masculino no presente estudo é corroborado por resultado recentemente divulgado no Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, que declarou que o homem é três vezes mais propenso ao uso de maconha, cocaína e anfetaminas (UNODC, 2015).

Gráfico 1. Distribuição dos adolescentes usuários de drogas ilícitas segundo o sexo. Vitória da Conquista (BA), 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

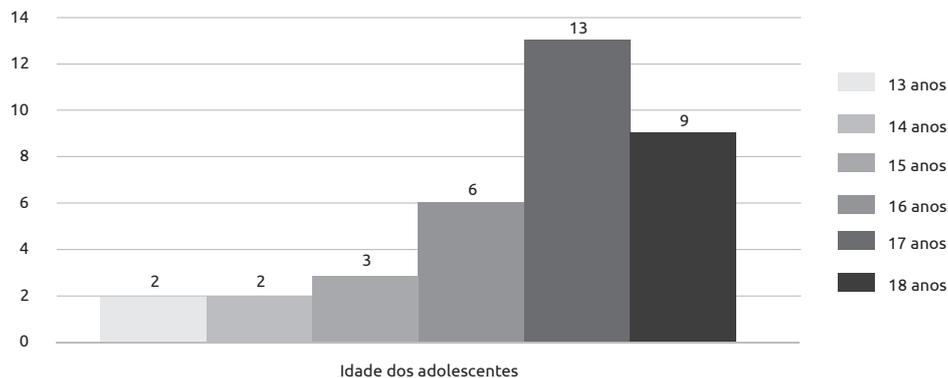
Além de haver predomínio masculino no uso das mencionadas drogas, o relatório acrescenta haver indícios de que as mulheres parecem enfrentar mais barreiras para acessar unidades que dispõem de tratamento, restando demonstrado que, enquanto, mundialmente, um em cada três usuários de drogas é mulher, apenas um em cada cinco usuários de drogas em tratamento é do sexo feminino (UNODC, 2015).

O elevado número do sexo masculino encontrado no presente estudo é semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido em escolas públicas da área Norte de Teresina por Monteiro *et al.* (2012), no qual se verificou, na amostra pesquisada, que 57,1 % dos adolescentes que se declararam usuários de drogas ilícitas eram do sexo masculino e 42,9 % do sexo feminino, e tais similitudes resultam por permitir inferências e considerações sobre os fatores de gênero que perpassam por este universo.

Assim, embora o número de homens envolvidos com a drogadição seja superior ao de mulheres no cenário mundial, e, conforme demonstrado, também no município em análise, o ínfimo registro de atendimento feminino também reflete questões sociais relacionadas com a mulher, de sofrer uma maior repreensão social pela conduta, inibindo até mesmo a busca dos equipamentos públicos destinados ao apoio e tratamentos.

Em relação à idade, conforme dados do *gráfico 2*, verificou-se que houve uma maior distribuição de adolescentes com idade de 17 anos (n=13) e 18 anos (n=9), dados estes semelhantes aos encontrados por pesquisa de Monteiro *et al.* (2012) que encontrou predomínio da faixa etária entre 17 e 18 anos.

Gráfico 2. Distribuição dos adolescentes usuários de drogas ilícitas segundo a idade. Vitória da Conquista (BA), 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

A adolescência, repise-se, representa o período em que o indivíduo se depara instantaneamente com diversos questionamentos, tanto com relação à fase experimentada quanto com perda da identidade infantil, pois não é mais uma criança, porém ainda não se formou adulto, convivendo cotidianamente com alterações corporais, físicas, emocionais e psíquicas, exige de si e é exigido a questionamentos e respostas de notáveis complexidades, sem no entanto dispor, muitas das vezes, das capacidades e possibilidades de encontrar suporte às perplexidades crescentes, tudo a requerer atenção e zelo que inclusive superam clássicas barreiras de classe, sem desprezar, por certo, que tais diferenciais se mostram presentes também aí (FARIA FILHO, 2014).

Além dos questionamentos de caráter pessoal, a adolescência se caracteriza como uma fase na qual os adolescentes dão muita importância aos seus grupos, seus relacionamentos, e terminam por entrar em conflito consigo mesmos e com a família quando assumem participar de novos espaços e novos comportamentos (MONTEIRO *et al.*, 2012).

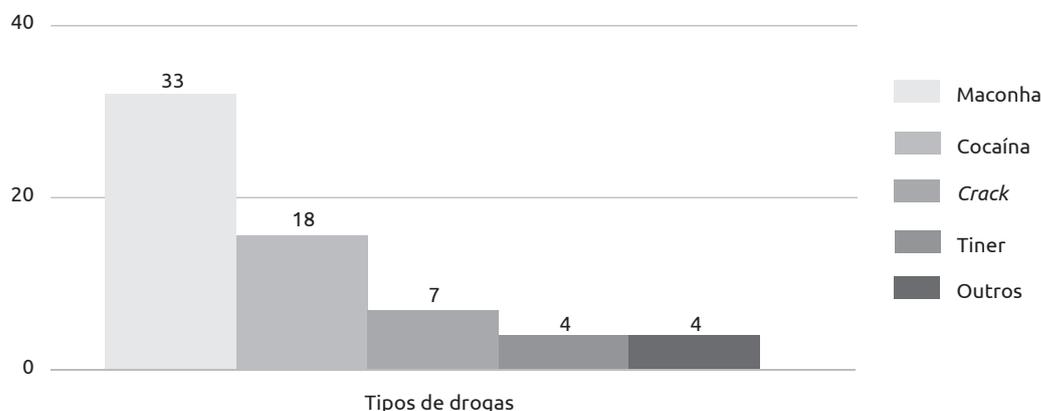
Todas essas mudanças, aliadas ao fato de não terem ainda o seu desenvolvimento completo, os inserem em um contexto de vulnerabilidade despertando o interesse por enveredar pelo desconhecido, aí se incluindo o uso das drogas ilícitas, pelas mais diversas motivações, sob os mais distintos apelos, quer do comércio do tráfico, quer do aceno de aparência de exercício de poder, autonomia e independência, mas também como ponte de escape, alívio e fuga na vivência de dificuldades, reais ou mesmo fantasiadas, aumentadas (MONTEIRO *et al.*, 2012).

O período entre 17 e 18 anos, no contexto da adolescência, representa um marco, principalmente para o sexo masculino. Essa transição, na qual há um amadurecimento maior se comparado ao início da adolescência, pode refletir dois contextos: o primeiro a ser considerado é o do amadurecimento e compreensão por parte do adolescente quanto aos malefícios e às consequências adquiridas em razão daquela vivência de ilicitude, tomando assim a iniciativa de procurar ajuda ou apenas permitindo que alguém o faça por ele.

Há, entretanto, outro contexto que merece ser destacado, que é o da proximidade, em razão da idade, da responsabilização criminal, fazendo com que o adolescente, embora não tenha essa consciência quanto à necessidade do tratamento, seja encaminhado como parte do plano individual de uma medida socioeducativa, hipótese mais comum nessa faixa etária, o que pode ser percebido ao analisar que dos 11 adolescentes que foram encaminhados por medidas socioeducativas, 7 destes tinham 17 anos.

Quanto aos tipos de drogas ilícitas mais utilizadas pelos adolescentes usuários dos serviços, observou-se uma maior frequência do uso da maconha (n=33), ou seja, apenas 2 adolescentes não fizeram dela. Em seguida, destaca-se o uso da cocaína por um pouco mais da metade dos adolescentes (n=18), conforme *gráfico 3*.

Gráfico 3. Distribuição dos adolescentes usuários de drogas ilícitas segundo os tipos de drogas. Vitória da Conquista (BA), 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar separadamente o consumo de cada tipo de droga ilícita, é possível constatar que a maconha é a droga mais relatada como utilizada pelos adolescentes. Tais dados estão de acordo com os levantamentos epidemiológicos realizados por Monteiro *et al.* (2012) no que toca à droga ilícita de consumo prevalente entre os adolescentes, registrando o uso de maconha por parte de 60 % dos adolescentes que declararam já terem utilizado droga ilícita.

No Brasil, popularmente conhecida como maconha, a *Cannabis Sativa* é uma planta originária da Ásia Central, com extrema adaptabilidade. Assim como outras substâncias psicoativas, foram por muito tempo, e ainda são em algumas culturas, consumidas com finalidades terapêuticas, religiosas, lúdicas e ainda para obtenção do prazer (COUTINHO; ARAÚJO; GONTIÈS, 2004).

Essa droga ilícita, cientificamente, é perturbadora do sistema nervoso central, provocando efeitos psíquicos de agradável sensação de relaxamento, diminuição da ansiedade, aumento do apetite, sensação de euforia, entre outros (ANDREUCCI, 2011).

Além desses efeitos mais amenos, Coutinho, Araújo e Gontiès (2004) mencionam ainda, como efeito prejudicial em decorrência do uso de maconha, frequentes os problemas de concentração e memória, dificuldade de aprendizagem, em executar tarefas como dirigir ou operar máquinas, entre outras.

Já a cocaína, droga estimulante do sistema nervoso central, que aparece como a segunda droga ilícita mais utilizada pelos adolescentes que utilizaram os serviços de saúde do município, é utilizada mais comumente por 3 vias: nasal, endovenosa e pulmonar. (ANDREUCCI, 2011).

O artigo acadêmico intitulado 'Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína. Relato de caso' assim descreve a mencionada droga:

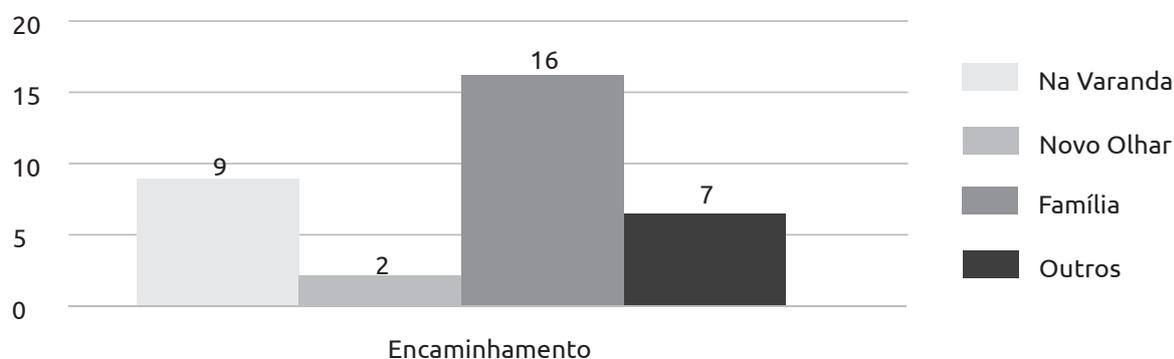
Os relatos de uso da cocaína datam de mais de 1200 anos, quando os nativos sul-americanos dos Andes usavam a folha da *Erythroxyton coca*, por suas propriedades estimulantes. A cocaína é encontrada em duas formas distintas: alcalóide purificado, base livre, e o sal de hidro- cloreto; seu uso tem sido associado a efeitos decorrentes da toxicidade aguda e crônica em praticamente todos os órgãos, particularmente no sistema cardiovascular. (GAZONI *et al.*, 2006, p. 428).

Como efeitos da ingestão de cocaína, são destacadas a sensação de euforia e bem-estar, ideias de grandiosidade, irritabilidade, aumento da atenção para os estímulos externos, prejuízo na capacidade de avaliação e julgamento da realidade, entre outros (ANDREUCCI, 2011).

Relativamente ao encaminhamento do adolescente usuário ou usuária de drogas ilícitas ao serviço de saúde, segundo *gráfico 4*, a família foi a maior responsável por este encaminhamento (n=16). Embora não se possa afirmar que essa iniciativa reflita uma com-

preensão da família quanto aos danos causados pelo consumo abusivo de drogas ilícitas e da necessidade de auxílio especializado, ela demonstra que há o cumprimento de requisito essencial para o êxito do tratamento, que é exatamente a própria presença da família no acompanhamento do adolescente por este processo, devendo-se considerar como um fator positivo, para alcançar o objetivo.

Gráfico 4. Distribuição dos adolescentes usuários de drogas ilícitas segundo o encaminhamento ao serviço de saúde. Vitória da Conquista (BA), 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Em sequência, os demais encaminhamentos mencionados foram originados principalmente de programas como o Na Varanda, Novo Olhar, que totalizaram 11 encaminhamentos, sendo que destes 11 adolescentes, 9 eram do Na Varanda e apenas 2 do Novo Olhar. Essa grande diferença entre os encaminhamentos desses dois espaços de execução de medidas socioeducativas pode ser justificada pelo formato da própria medida, conforme será esclarecido.

O Programa Na Varanda, fruto de parceria estabelecida entre a Fundação da Criança e do Adolescente (Fundac), entidade governamental do Estado e Organização Não Governamental, tem por objetivo principal executar a medida socioeducativa de semiliberdade determinada pela Vara da Infância e da Juventude a adolescentes e jovens infratores. Nesse programa, os adolescentes vivem no espaço de cumprimento da medida, realizando atividades interna e externamente, sempre acompanhados por um educador no desenvolvimento das atividades de rotina, inclusive daquelas relacionadas com o acompanhamento de saúde, contando assim com o estímulo mais intenso dos profissionais que o acompanham diariamente.

Ao serem acolhidos no programa, os adolescentes passam por triagem médica e, na hipótese de indicarem necessidade de algum outro atendimento médico específico, inclusive àqueles que apresentam estado debilitado pelo uso de droga ilícita, podem ser também direcionados para atendimento no Capsia ou Capsad III, a depender da faixa etária.

Para cumprir tal mister, suas ações são pautadas em consonância com os preceitos constitucionais, observando ainda as legislações federal e estadual, em especial as normas do ECA e da Lei Estadual nº 12.594/2012, que dispõem sobre o Regimento Interno das Unidades de Semiliberdade do Estado da Bahia (BAHIA, 2012).

O Programa Novo Olhar faz parte da estrutura da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e também recebe adolescentes infratores encaminhados pela Vara da Infância e Juventude do município, para fins de execução de medida socioeducativa, impostas judicialmente, contudo, a medida aqui executada é em meio aberto – de prestação de serviço à comunidade e a de liberdade assistida.

Para o acompanhamento da medida, cada adolescente possui um Plano Individual de Atendimento (PIA), no qual devem constar os objetivos e metas a serem alcançados durante o cumprimento da medida, perspectivas de vida futura, entre outros aspectos a serem acrescentados, de acordo com as necessidades e interesses do adolescente e com a participação da família – Resolução nº 109 (BRASIL, 2009).

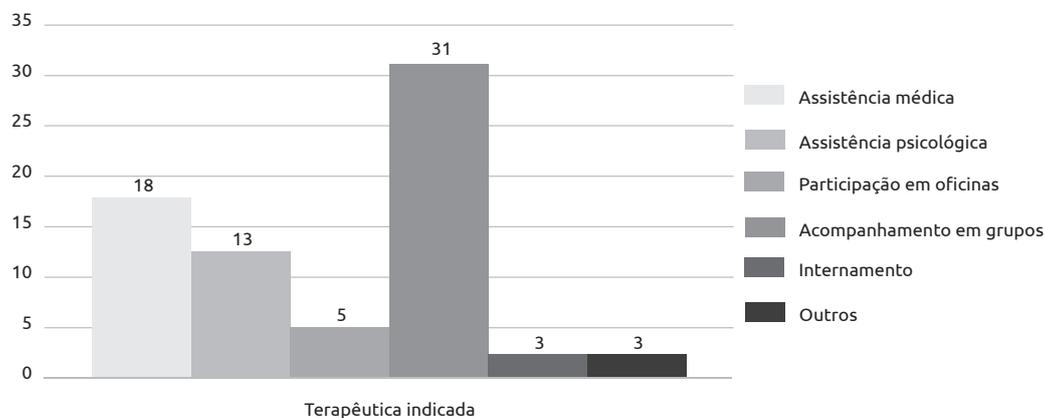
De conformidade com os termos da Resolução que regulamenta o PIA, entre as finalidades da personalizada forma de acompanhamento, está a garantia do acesso a direitos, e nesse sentido, caso seja identificado o envolvimento do adolescente com drogas ilícitas, pode ser estabelecido no plano o tratamento de saúde nos estabelecimentos públicos que disponibilizam as políticas especializadas do município, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), por exemplo.

Entretanto, a despeito de o programa realizar o encaminhamento e acompanhar o tratamento realizado, não tem o mesmo controle e possibilidade de intervenção mais direta, como ocorre quando do cumprimento da medida socioeducativa em meio fechado, realizado pelo Na Varanda, pela própria dinâmica de execução de cada medida, o fato de não estar semi-internado dificulta o tratamento.

Há ainda registros de encaminhamentos realizados por outros instrumentos municipais como Centro de Referência Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua (Creas POP) e Conselho Tutelar que somaram 7 encaminhamentos.

Quanto à terapêutica indicada para o tratamento do adolescente, a maior frequência é de acompanhamento em grupos (n=31) e assistência médica (n=18), conforme *gráfico 5*.

Gráfico 5. Distribuição dos adolescentes usuários de drogas ilícitas segundo a terapêutica indicada para tratamento. Vitória da Conquista (BA), 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme esclarecem Scivoletto e Morihisa (2015), sendo o uso abusivo de drogas ilícitas uma questão multifatorial, em que estão correlacionados diversos aspectos tanto individuais como biológicos, psicológicos, sociais e culturais, os tratamentos direcionados aos transtornos por uso dessas substâncias precisam apresentar uma proposta diversificada também, abrangendo todas as carências apresentadas.

Acrescentam os autores que os tratamentos especializados começaram a surgir somente no século XIX, sendo que há algumas décadas, no Brasil, os tratamentos voltados aos dependentes de drogas ilícitas eram pautados nas internações de longa duração em comunidades terapêuticas ou nas internações hospitalares, direcionando o foco apenas na desintoxicação. No entanto, com os avanços das ciências que estudam os fenômenos mentais, muitas foram as descobertas de importantes medicamentos e a comprovação da eficácia de numerosas técnicas terapêuticas psicossociais, muitas vezes associadas (SCIVOLETTO; MORIHISA, 2015).

Nesse sentido, durante a coleta de dados, ficou clara a linha de tratamento que se inicia com a realização de uma triagem no primeiro atendimento, quando se dá o preenchimento de prontuário contendo várias informações, desde dados pessoais, forma de encaminhamento, histórico do uso da droga, contexto familiar, social e profissional, registro de envolvimento com ato infracional, entre outras informações, seguida por entrevista com aferição mais detalhada quanto ao contexto social do adolescente, o grau de envolvimento físico e psíquico com a droga ilícita, a presença de comorbidades psíquicas e das condições médicas gerais, e daí são propostas as intervenções consideradas adequadas a cada adolescente.

A dinâmica de realização de atividades de terapias comportamentais em grupos, que no Capsad III e Capsia se dividem em grupo de acolhimento, grupo de orientação social,

grupo de motivação, grupo de redução de danos, grupo de informação à família, grupo qualidade de vida e grupo de orientação à saúde, possibilita a abordagem de questões sobre motivações de envolvimento com o uso abusivo de drogas, desenvolve habilidades de resistência ao consumo delas, incentiva a substituição de atividades relacionadas com o uso de drogas por outras construtivas e recompensadoras e melhora as estratégias para a resolução de problemas, além de facilitar as relações interpessoais e a reinserção na família e na sociedade (RONZANI; MOTA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do perfil dos adolescentes usuários de drogas ilícitas no município de Vitória da Conquista (BA) que utilizam das políticas públicas de saúde, foi observado que os adolescentes atendidos pelas políticas públicas de saúde do município, de janeiro de 2014 a fevereiro de 2016, são em sua grande maioria homens, predominantemente na faixa de 17 a 18 anos, sendo que as drogas declaradas de maior uso foram a maconha e a cocaína. Sobre o encaminhamento para os serviços públicos de saúde do município, obteve-se como resultado majoritário a providência por parte da família. No curso dos procedimentos, são oferecidos diversos atendimentos, destacando-se como mais indicado o acompanhamento em grupos.

O fato de não haver uma política pública de saúde especificamente direcionada ao adolescente que é usuário de droga ilícita contribui para que o atendimento seja menos expressivo e eficaz, sendo possível concluir que os adolescentes lá atendidos não representam a realidade da adolescência usuária de drogas, restringindo-se a uma ínfima parcela da população que chega até o serviço por compor representação pequena dos adolescentes que vivenciam o contexto de drogadição, com intervenção familiar mais presente, culminando pela busca do Estado, via serviços públicos do município, ou por estar cumprindo medida socioeducativa em decorrência da participação em ato ilícito, sendo então encaminhados para acompanhamento pelos órgãos competentes.

A realidade encontrada, em que pese a pouca expressividade numérica exposta, certamente traz elementos que podem auxiliar os gestores de todos os segmentos envolvidos com a questão, de modo a pensar, elaborar e executar procedimentos que ampliem o atendimento, especializando as ações, fazendo assim mais eficientes as redes de serviços ofertadas.

COLABORADORES

Luana Valério Santana da Silva é a autora principal e a responsável pela elaboração do capítulo, pela concepção e execução do projeto que originou o artigo.

Maria Helena Barros de Oliveira contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, análise e a interpretação dos dados, assim como na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito, é a orientadora da dissertação que deu origem a este capítulo.

Stênio Fernando Pimentel Duarte contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Luciana Araújo do Reis contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, R. A. *Legislação Penal Especial*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BAHIA. Governo do Estado. Fundação da Criança e do Adolescente (Fundac). *Regimento Interno das Unidades de Semiliberdade do Estado da Bahia*. Disponível em: <http://www.fundac.ba.gov.br/?page_id=70>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 24 de ago. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 1 nov. 2016.

156

CERVO, A. L., BERVAIN, P. A. *Metodologia Científica*. 4. ed. São Paulo: Makron Books; 1996.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 11 nov. 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20n%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

COUTINHO, M. P. L.; ARAÚJO, L. F.; GONTIÊS, B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psic. estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 469-477, set./dez. 2004.

FARIA FILHO, E. A. Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 78-84, 2014.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da Pesquisa Científica*. Fortaleza: UEC, 2002.

FRASSETO, F. A.; JIMENEZ, L. Interface entre Drogas, Criminalidade e Adolescência: notas para compreensão do modelo legal vigente. In: BRASIL. *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015.

GAZONI, F. M. *et al.* Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína. Relato de caso. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 18, n. 4, out./dez. 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2013: resultados do universo*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, sup. 2, p. 32-36, dez. 2000.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Rev. enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 344-348, jul./set. 2012.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de Saúde para a Atenção Integral a usuários de Drogas. In: BRASIL. *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015.

SCIVOLETTO, S.; MORIHISA, R. S. Modelos de tratamento. In: BRASIL. *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2015*. Nova York, 2015. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2016.

Capítulo 9

Atenção Primária à Saúde no cuidado às crianças com deficiência: estudo com populações rurais

Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira

José Patrício Bispo Júnior

Renato José Bonfatti

Daniela Arruda Soares

Marcos Besserman Viana

INTRODUÇÃO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) apresenta a proposta de reorientação do modelo assistencial por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta precisa ser composta por uma equipe mínima de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) e possuir uma área adscrita de 3 a 4 mil pessoas para um cuidado integral e de qualidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve se constituir como porta de entrada preferencial para os sistemas de saúde e, ainda, como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes assistenciais (BRASIL, 2011a).

No entanto, essa estratégia não pode se limitar a lidar com agravos. Batistella (2007) faz uma reflexão sobre os conceitos de saúde, levando em consideração estudos de Canguilhem, Caponi, Foucault, entre outros autores, apontando na direção de uma abordagem positiva de saúde, mesmo que ‘imprecisa, dinâmica e abrangente’ (porque seu caráter também engloba esses aspectos), que não se restringisse apenas à ausência de doença, mas que levasse em consideração a subjetividade do adoecer, a interferência do ambiente e os determinantes sociais da doença. O autor ainda pondera sobre a importância das Equipes de Saúde da Família (EqSF) na operacionalização do conceito amplo de saúde, de maneira transdisciplinar, imersas na realidade do território e com potencial mobilizador para a transformação e justiça social.

Entre as ações prioritárias das EqSF, estão aquelas voltadas para a criança. Esse cuidado deve ser iniciado já no planejamento reprodutivo da mulher/homem/casal, apoiando-os para que a chegada do bebê seja uma escolha, e não um advento do qual eles não possuem nenhum controle. Posteriormente, é preciso garantir uma gestação o mais saudável possível, com o acompanhamento adequado de, no mínimo, sete consultas de pré-natal, inclusive odontológica (BRASIL, 2012a).

A atenção deve ser mantida no parto, seguindo todas as orientações de humanização e boas práticas (BRASIL, 2012a). Desde tal momento, o bebê deve ser cercado de cuidados na maternidade o que é preciso continuar no âmbito da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2011a). Ali a atenção à criança se estende até os 9 anos, 11 meses e 29 dias de vida, período em que ainda é considerada como criança (BRASIL, 2012c).

Figueiras *et al.* (2003) esclarecem que:

[...] é papel do profissional, que atua na atenção primária, fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento. (p. 1692).

Em consonância com o exposto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, lançada em 2010, traz de forma mais ampliada a importância das equipes de atenção primária e dos agentes comunitários na identificação da situação de saúde e seus determinantes, assim como uma maior possibilidade de capilarização do cuidado às pessoas (BRASIL, 2010b), conhecedores que são do seu modo de viver e de como seu contexto histórico-cultural pode influenciar no processo saúde-doença, já que desenvolvem ações dentro de um território adscrito e possuem vínculo com aquela comunidade, família e indivíduo.

Em 17 de novembro de 2011, o Decreto da Presidência da República nº 7.612 institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite (BRASIL, 2011b). Com o intuito de garantir o cuidado integral para essas pessoas, foi criada a Portaria nº 793/2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e que traz a responsabilidade da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A reflexão sobre a deficiência além do saber biomédico e agregando a ele o olhar da sociologia, que se aproximou de outros campos como o do movimento feminista e contra o racismo, tornou sua amplitude muito maior e mais complexa. Tendo como influência o materialismo histórico, a deficiência passou a ser pensada, levando em consideração os aspectos excludentes como mecanismos limitadores e o modo de produção capitalista como, muitas vezes, a gênese causal da lesão (DINIZ, 2007). Assim, o modelo biomédico dá lugar para um mais justo e responsável, o modelo social da deficiência.

Araújo (1996) trata da proteção constitucional das pessoas com deficiência e assevera que o entendimento sobre a deficiência deve ser alargado no sentido de considerar o grau de dificuldade para a inclusão social, e não apenas a constatação de uma falha sensorial ou motora. Com base nessa premissa, o autor elenca um rol bastante amplo de deficiências, no qual listam-se: a deficiência mental (inclusive os superdotados – destacando a inadequação da ideia de que à pessoa com deficiência ‘falta alguma coisa’, já que neste caso a inteligência é acima da média); os alcoólatras e viciados; as deficiên-

cias físicas; visuais; auditivas; de dicção; de locomoção e de movimento de forma geral; os portadores de HIV; e as deficiências do metabolismo.

As pessoas com deficiência, como tantos outros grupos, apesar de formalmente serem consideradas cidadãs, podem se encontrar em um lugar da sociedade em que não vêm perspectivas de inclusão em um contrato social inspirado nas leis de mercado e que se configura nas relações sociais. Grupos assim são denominados por Boaventura de Sousa Santos (2003) de pré-contratualistas. Somado a esses, existem também os pós-contratualistas, os quais já se encontraram na zona do contrato, porém por motivo de desemprego, por exemplo, foram banidos daquele lócus. Estes grupos, pré e pós-contratualistas, formam uma subclasse de excluídos relegados a um novo estado natural, em que o ser humano vive em uma permanente angústia e insegurança no que se refere à sua sobrevivência e vida social.

Ainda é preciso avançar mais no que se refere a um olhar mais abrangente quanto à deficiência, na reflexão sobre os estigmas que podem segregar e limitar as oportunidades e possibilidades de uma pessoa com deficiência, quanto ao esclarecimento sobre mitos no que diz respeito ao cuidado e que podem dificultar o acesso dessas crianças à assistência adequada no território, bem como na naturalização da deficiência enquanto realidade – pois existe uma parcela significativa da população que se enquadra neste grupo, e superação, enxergando tal condição não como uma tragédia, mas como uma maneira de ser e estar no mundo.

Conforme apresentado, as políticas públicas apontam para uma apropriação pela atenção primária da responsabilidade pelo acompanhamento das pessoas com necessidades especiais e, principalmente, do grupo específico de crianças. Para tanto, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde reflitam quanto ao seu papel enquanto agentes de melhoria da qualidade de vida das pessoas e de empoderamento dos cidadãos quanto aos seus direitos fundamentais. O exercício desses direitos dialoga estreitamente com o conceito ampliado de saúde tão utilizado ultimamente.

Diante desse contexto, o presente estudo se propõe a analisar a compreensão dos profissionais da ESF sobre a deficiência e o relacionamento estabelecido entre estes, as crianças e os cuidadores, em áreas rurais no município de Vitória da Conquista (BA).

TRATAMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo possui uma natureza qualitativa. Quanto à sua profundidade, prezou-se pelo tipo exploratório, considerando-se a necessidade do pesquisador de apropriar-se mais sobre o tema e de todas as questões que o entremeiam, tais como políticas de saúde, estigma e direito da pessoa com necessidades especiais. O caráter descritivo também esteve presente, devido à necessidade de verificação de uma relação entre a efetivação das políticas públicas para essa parcela da população e os desafios que os profissionais podem enfrentar no seu processo de trabalho, bem como nas micro e macropolíticas.

Conhecido como a Joia do Sertão Baiano, o campo de pesquisa, o município de Vitória da Conquista está localizado a 510 Km de distância da capital, possui uma unidade territorial igual a 3.704,018 km². Nessa área, encontra-se sua sede com uma taxa de urbanização de 80%, porém com uma área territorial da zona rural bastante extensa composta por 12 distritos e 284 povoados. Sua população, em 2014, foi estimada em 340.199 mil habitantes (IBGE, 2010). Nesse município, pode-se identificar a seguinte Rede de Atenção à Saúde (RAS) para as crianças com necessidades especiais: 7 unidades básicas de saúde com 11 equipes de ACS a elas vinculadas, 44 EqSF, entre as quais encontraram-se 17 na área rural, perfazendo uma cobertura da atenção básica de 51, 8%. Contou-se ainda com Caps IA (Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência), Cemerf (Centro Municipal Especializado de Reabilitação Física e Auditiva), CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), Cemaef (Centro Municipal de Atendimento Especializado), Apae (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e Acide (Associação Conquistense de Integração do Deficiente) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013).

Neste estudo, delimitaram-se, conforme os critérios de inclusão e exclusão, as áreas de abrangência das seguintes Unidades de Saúde da Família (USF): USF São Joaquim, USF Limeira, USF Roseira e USF Lagoa Formosa. Entre as equipes, trabalhou-se com aquelas em que pelo menos médico ou enfermeiro (profissionais da equipe mínima que lidam diretamente com o cuidado integral da criança) estejam trabalhando há pelo menos um ano na rede municipal. Dessa forma, buscou-se alcançar depoimentos sob a ótica de um cuidado longitudinal e com maior profundidade no conhecimento da realidade local. Por isso, foram coletados dados de pelo menos um profissional de nível universitário da equipe mínima (médico, enfermeiro, odontólogo) e outro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico ou educador físico), um profissional de nível médio (técnico de enfermagem ou assistente de saúde bucal) e um ACS, escolhidos de maneira aleatória. De acordo com o que é mostrado na *tabela 1*, entrevistou-se um total de 30 pessoas, destas, 14 eram cuidadoras de crianças com deficiência, e 16, profissionais de saúde.

Para a coleta de dados primários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas por roteiro, com profissionais da ESF da Zona Rural e com cuidadoras de crianças com deficiência das áreas de abrangências das mesmas ESF. As informações foram trabalhadas pelo método de análise de conteúdo, como técnica de descrição e interpretação de entrevista, buscando inferências simbólicas sobre o entrevistado e seu contexto (MINAYO, 2014). Tal abordagem mostra-se como a mais adequada para conhecer o olhar dos profissionais de saúde e das cuidadoras quanto ao cuidado destinado às crianças com deficiência pela rede de atenção, em especial, a atenção básica.

As entrevistas gravadas em áudio, após consentimento dos entrevistados, foram transcritas e, em seguida, destacados os trechos com os temas comuns para categorização. A partir de então, procedeu-se às sínteses verticais e horizontais, o que deu condições de realizar a análise das falas segundo as categorias identificadas.

Tabela 1. Entrevistados das USF de São Joaquim, Limeira, Roseira e Lagoa Formosa, Vitória da Conquista (BA), 2016

Categoria / Grupo populacional	Número de entrevistados
Médico	01
Enfermeiros	03
Odontóloga	01
Nasf	03
Técnicos de enfermagem	03
Auxiliar de saúde bucal	01
Agentes Comunitários de Saúde	04
Cuidadores	14
Total	30

Em todas as etapas desta pesquisa, foram obedecidas todas as recomendações éticas expressas na Resolução CNS nº 466/2012. Ela foi iniciada após ter sido submetida à comissão de pesquisa do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps) de Vitória da Conquista e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). O referido projeto foi aprovado no CEP-Ensp com o parecer nº 1.233.332.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico das famílias pesquisadas é de vulnerabilidade quanto à renda e escolaridade. Todas as famílias pesquisadas possuíam um orçamento mensal de até dois salários mínimos, e a grande maioria das cuidadoras não havia concluído o ensino fundamental. Encontraram-se padrões nas relações de gênero e questões étnicas como um predomínio de mulheres na responsabilidade pelo cuidado das crianças deficientes. Além disso, nenhuma das entrevistadas se autorreferiu de raça/cor branca.

O olhar dos profissionais sobre a deficiência

De modo geral, a visão que os profissionais das equipes demonstram sobre a deficiência é de que, enquanto pessoas, os indivíduos com essa condição são iguais e possuem os mesmos direitos dos demais cidadãos, porém com necessidades diferentes.

Eu enxergo como uma pessoa normal, entendeu? Acho que é uma pessoa normal que precisa mais de um cuidado específico né? (Entrevista 9, Enfermeira).

Eu enxergo como uma pessoa da sociedade, mas que requer um pouco mais de atenção. Com a criança a dificuldade maior é... é ser entendido, se fazer entender e ser entendido pela criança. Mas isso não impede de tentar o relacionamento. (Entrevista 23, ACS).

Apesar do uso de vícios de linguagem que não se configuram adequados para definir um padrão de igualdade entre as pessoas e de um olhar ainda restrito sobre a deficiência, percebe-se que os trabalhadores de saúde que atuam na ESF estão sensibilizados quanto à condição da criança especial, no que se refere aos conceitos de igualdade e equidade.

É importante lembrar sobre o conceito de deficiência, para não inserir essa condição em um campo limitadamente médico, é que aquela não se constitui em uma doença. Pode ser causada por esta última, mas não deve ser confundida com uma moléstia. “As deficiências [...] representam o parâmetro mais eficaz para revelar a diversidade humana, assinalando as várias formas de ser que a pessoa pode exercer, e que fogem de um padrão tradicional de ser e perceber” (MARTINS, 2008, p. 30).

As pessoas com deficiência têm o direito de gozar de todas as liberdades individuais, para tanto, é necessário um olhar individualizado em suas necessidades para lançar mão de todas as estratégias, tais como acessibilidade, tecnologias assistivas e desenhos universais, para o alcance da inclusão e autonomia (MARTINS, 2008).

A equidade irremediavelmente está presente enquanto diretriz norteadora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, que inclui ações dentro da APS, constituindo-se em um dos princípios desse Sistema (BRASIL, 2012b). Esse conceito deve influenciar a prática dos profissionais não só no cuidado das pessoas especiais, mas também impregnando seus olhares para todas as vulnerabilidades na assistência prestada.

O relacionamento entre os trabalhadores e as crianças especiais

Apesar de algumas diferenças na forma de lidar com as crianças típicas e com as especiais, os discursos se revelam consonantes no sentido de que é possível estabelecer um relacionamento, mesmo em situações em que o contato com esse público seja pontual. Colocam ainda a importância de uma relação acolhedora, empática e inclusiva.

Quando a gente lida com esse público, existe aquela troca de saberes. A gente vê assim, poxa a gente aprende tanto com eles, a gente tem a passar, mas a gente tem que aprender também. [...] A gente cresce muito lidando com eles. Eu tenho paixão por esse público, porque assim, me ensinou muito. (Entrevista 12, Fisioterapeuta).

E quando a criança é especial o atendimento tem que ser melhor ainda, o acolhimento melhor, o atendimento melhor, pra que essas crianças elas sejam também inseridas dentro da sociedade. Na escola, na escola, na saúde, no lazer, em todos os espaços disponíveis dentro do território. (Entrevista 22, Técnica de Enfermagem.)

Percebe-se, nas falas, até mesmo um tom de afeto ao se reportar ao relacionamento com as crianças especiais. Se em alguns discursos percebe-se uma nuance de dificuldade de interação com os pequenos, nota-se também que vêm seguidos por uma vontade de oferecer mais e almejar uma relação mais profícua.

Observa-se que a criança especial mobiliza os sentimentos dos profissionais, mas apontando para a inclusão, e não para a piedade. Não se percebe em seus relatos a problematização das questões das crianças especiais em um tom de indulgência devido à falta de perspectivas e de autonomia. Eles têm demonstrado conhecimento sobre os direitos das crianças com deficiência e reconhecem que estas precisam ser incluídas em todos os aspectos da vida, bem como ocupar os espaços públicos, a exemplo de escolas, áreas de lazer, entre outros.

O desenvolvimento do vínculo entre a criança e a equipe deve se iniciar na primeira visita domiciliar após o seu nascimento. A interação com as crianças estimula o seu vínculo com as pessoas que as cercam. Por todo o acompanhamento da criança, a equipe deve aproveitar oportunidades de fortalecer esse aspecto da relação. “Saúde é poder inventar, imaginar, fazer laços” (BRASIL, 2012c).

A sociedade se acostumou, entre outras atitudes comumente direcionadas às pessoas com deficiência, a ter um olhar de comiseração, levando em consideração apenas a incapacidade (GOFFMAN, 1988). No entanto, limitações podem ser superadas, o grau de deficiência está diretamente relacionado com as condições que a pessoa encontra para a superação de seus desafios (ARAÚJO, 1994), mas para além disso, as pessoas com necessidades especiais são indivíduos com direito à dignidade como todos os outros, que se apresentam no mundo com formas diferentes de ser (DINIZ, 2007). Constitui-se uma perda para toda a sociedade e para as pessoas especiais a privação de uma convivência entre essas duas partes. Por isso a necessidade do auxílio da equipe na busca da suplantação das barreiras para a inclusão (SILVA; DESSEM, 2001).

A relação entre trabalhadores de saúde e as cuidadoras

Frequentemente, encontram-se referências ao fato dos membros da equipe se colocarem na posição que a cuidadora ocupa no contexto do cuidado da criança, durante os momentos que estabelecem contato com estas pessoas, como na consulta, visita domiciliar, entre outras ocasiões possíveis.

É... eu acho assim, eu acho bem delicado. Eu não tenho filhos, mas assim, sempre quando eu me deparo com uma situação dessa eu penso como é pro cuidador, como deve ser difícil pra aquela pessoa. [...] E esse cuidador também, precisa de cuidado. Porque não é fácil. O trabalho muitas vezes é dobrado, triplicado, embora eu perceba que, a maioria dos casos que eu tive contato são muito amorosas. As mães né? [...] Então assim, mesmo o atendimento com a criança procuro voltar um pouco pra essa parte também. (Entrevista 20, Enfermeira).

Aqui pode-se notar que, apesar de uma linha do cuidado não completamente efetivada e mesmo com dificuldades em implementar as políticas de saúde para as pessoas com deficiência na APS, os profissionais se sentem tocados com os desafios das cuidadoras. Aspectos da humanização, como a empatia, estão presentes independentemente de o cuidado ser de excelência.

Garuzi *et al.* (2014) elucida a visão do acolhimento enquanto postura perante o usuário. Um bom acolhimento humaniza as práticas em saúde. Esses conceitos de acolhimento e humanização estão imbricados e diluídos na Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2013).

Ao colocar-se no lugar do outro, o profissional de saúde adentra na subjetividade de como ele pensa e sente; ao passo que começa a compreender o mundo e a vivência do outro, dessa forma, o responsável pela assistência aproxima-se do objeto do seu cuidado (LIMA, 2014). A empatia contribui para a construção de laços afetivos entre profissionais e usuários, assim, o vínculo é desenvolvido e reforçado. Cenário indispensável para humanização do cuidado (CHERNICHARO *et al.*, 2013).

Encontraram-se, nos relatos, indicações de que os momentos de contato com as cuidadoras também são utilizados para oferecer orientações sobre o cuidado com as crianças. Os trabalhadores da APS colocam que, na maioria das vezes, as genitoras são bastante receptivas quanto às informações prestadas. Relatam ainda sobre a importância de as mães continuarem os cuidados iniciados na unidade mesmo no ambiente familiar.

Então essa família precisa ser muito bem orientada, acompanhada, e nós deveríamos estar assessorando essa família pra ver se realmente essa criança tá sendo é... sendo... estimulada dentro dos padrões que deve ser. [...] Ah sim, eu vejo os cuidadores como parceiros. [...] Porque nós temos que tá ali o tempo inteiro orientando e cobrando isso aí. (Entrevista 12, Fisioterapeuta).

A receptividade quanto às orientações é muito boa. Inclusive elas são mais participativas, são mais entendidas, elas colaboram muito com as orientações, seguem à risca, né? (Entrevista 1, Enfermeira).

Com esses relatos descritos acima, nota-se que uma parcela dos profissionais das equipes trabalha com a educação em saúde no cotidiano do cuidado daquelas crianças. Oportunizam a realização de orientações que julgam pertinentes nos momentos de contato, aproveitando-se de uma harmonia na relação com os familiares.

Uma das formas de auxiliar as famílias para o cuidado humanizado, eficaz e possível para o ambiente doméstico, bem como quanto às intervenções que devem ser realizadas com a criança e os caminhos que ela deverá seguir, são as orientações prestadas para o responsável pelo infante. Essa é uma ação que pode ser desempenhada por qualquer membro da equipe conforme as suas competências (BRASIL, 2011a; 2012b).

Uma das ferramentas para alcançar a integralidade do cuidado é a educação em saúde; por se tratar de um conjunto de ações desempenhadas por profissionais que conhecem o cotidiano e a dinâmica de uma comunidade, com o objetivo de prevenir doenças e promover a saúde por meio de um empoderamento da população para a opção por hábitos de vida saudáveis (BATISTELLA, 2007).

Os trabalhadores relatam que, ao estabelecer um relacionamento interpessoal com as cuidadoras, eles procuram acolher, escutar suas angústias, se colocar disponível para a resolução de problemas e oferecer apoio emocional naquela oportunidade.

Você vai na casa de uma mãe, igual eu te falei aquele exemplo da mãe, que passa pelo que ela passa. Então você tem que separar um pouquinho do seu tempo pra escutar a pessoa. Muitas vezes a pessoa só quer falar, desabafar, né? Então você tem que compreender um pouquinho. (Entrevista 4, Técnica de Enfermagem).

Mais um aspecto da humanização é explicitado nos discursos que se encontraram quanto ao relacionamento com os responsáveis pelo cuidado das crianças com deficiência. Percebe-se a importância conferida ao acolhimento destinado a essas pessoas, a preocupação com o tempo reservado para ouvir seus desafios diários, bem como a oferta de auxílio no caso de alguma necessidade.

A escuta qualificada se constitui em um dos aspectos da assistência humanizada, e a capacidade da equipe para aquela deve ser desenvolvida. Essa escuta ampliada e qualificada das demandas da família, que devem ser reconhecidas como legítimas, é um elemento-chave que incide no grau de resolutividade da APS (BRASIL, 2013; GARUZI *et al.*, 2014).

O suporte emocional pode ser uma ação necessária à família durante o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Esse apoio pode ser prestado de forma mais fácil, quando equipe e família já estabeleceram um vínculo de confiança (BRASIL, 2012c).

A resiliência e o cuidado da criança com deficiência

O enfrentamento de condições adversas e sua superação por meio de um enfoque positivo pode ser denominado como resiliência. Uma rede de apoio composta por pessoas com vínculos afetivos potencializa a resiliência. Nesse contexto, a pessoa se vê apresentando atributos desconhecidos até por si mesmo. Aspectos pessoais como autonomia, autoestima e competência social também podem favorecê-la (BRASIL, 2010a).

Quanto às cuidadoras, identificaram-se, em alguns relatos, situações que denotam um momento de negação do diagnóstico, mas que já foi superado. Assim como nos discursos dos profissionais, percebeu-se grande afetividade permeando o relacionamento da cuidadora, que em todos os casos pesquisados eram as genitoras.

Mas eu me sinto maravilhada com minha filha. Com muito amor. Assim como eu tava esperando ter ela com fé em Deus que minha filha seja... porque eu queria tanto bem criança. E nem só criança, como eu queria tanto bem aquelas pessoas especiais igual a ela. [...] Porque Ele sabia que eu tinha paciência. Não é muito fácil, é muito difícil, né? Pessoa ficar dentro de casa mais preso. [...] Eu... quando eu chego sair que eu posso carregar ela, eu carrego. Porque estando comigo, tá tudo comigo as preocupações, tá mais fora de perigo. (Entrevista 7, Cuidadora).

Hoje eu aceito e pra mim é normal. (Entrevista 19, Cuidadora).

Esse cenário permite depreender que a condição das crianças com deficiência não interferiu negativamente no relacionamento de afetividade entre essas mães e filhas/filhos. Assim como com os profissionais, essas pessoas especiais também mobilizam sentimentos nos familiares, apontando para o cuidado e proteção.

O vínculo da família com o bebê pode ocorrer desde a gestação sendo fortalecido com o ato de aleitamento materno e alcançando um crescimento durante todo o desenvolvimento da criança no convívio familiar (DIEHL; ANTON, 2011; BRASIL, 2012c).

Nos primeiros momentos em que a família ouve sobre a possibilidade de sua criança ser deficiente, é comum ocorrer um processo de negação quanto ao fato por um despreparo dos pais nesse sentido. Como o esperado é a convivência com uma criança típica no seio familiar, pode haver por vezes até situações de rejeição, desídia quanto ao diagnóstico e tratamento, vergonha quanto à condição da criança e segregação devido a uma superproteção (ARAÚJO, 1994).

Após o diagnóstico, os pais podem vivenciar algumas fases como de alívio pela valorização de suas preocupações com o filho, culpa por acharem que fizeram algo errado, perda

das aspirações de um filho típico, medo do futuro e busca de informações. Quando a família compreende melhor a condição de sua criança, os sentimentos se acomodam melhor, e os familiares começam a se libertar de seus medos (WILLIAMS; WRIGHT, 2008).

Divergências são percebidas nos relatos das cuidadoras sobre a busca por soluções de saúde quanto ao tratamento da criança com deficiência. Em uma parcela dos discursos, notam-se situações que denotam a participação ativa das mães, procurando alternativas sem descanso. Na outra parte das entrevistas, identificaram-se quadros de desânimo e resignação diante das dificuldades.

[...] sempre esse negócio assim pra orientar pra levar, eu mesma que fui com meu punho [...] Mas quando foi esse dia na cidade que ela me informou eu fui lá na prefeitura conversar com a diretora da prefeitura de Conquista. Aí ela mandou autorização pra prefeitura de Belo Campo. Pra poder ajeitar pro tratamento pra ele. (Entrevista 5).

Aí eu fui pra São Paulo pra trabalhar, minha mãe ficou cuidando dele. Aí falou pra mim vim embora cuidar dele porque ele tinha problema. [...] nem fui eu que comecei a mexer com os exames dele, foi minha mãe (Entrevista 28, Cuidadora).

Por meio desses relatos, compreende-se que algumas cuidadoras têm uma capacidade maior de resiliência do que outras. Isso vai interferir muito no desfecho do tratamento da criança especial, pois, como já visto anteriormente, a família é corresponsável, mas também pode ser a maior responsável pela busca da assistência de seus infantes especiais.

Em estudo sobre a resiliência familiar, foi identificado que as famílias com indicativos desse atributo, ante condições negativas, podem assumir uma atitude positiva, se organizar em um contexto de união, diálogo e cooperação com um consequente estreitamento de vínculos (ROOKE; PEREIRA-SILVA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de saúde, anteriormente tecnicistas, aproximaram-se das ciências sociais. A vida acadêmica, dos profissionais de saúde e, até mesmo, do usuário foi inundada por conceitos como universalidade, integralidade, equidade, participação popular, acolhimento, vínculo, território, clínica ampliada, projeto terapêutico, planejamento, monitoramento, avaliação, vigilância à saúde, entre outros. Definições que devem estar impregnadas no contexto de saúde para a afirmação do SUS e de sua efetivação.

Apesar de o assunto estar sendo mais debatido, o tema deficiência ainda é novo quando se trata da reflexão sobre o estigma no que diz respeito ao redirecionamento desse olhar.

Ainda é muito comum no imaginário coletivo a ideia de insuficiência e impotência relacionada com a pessoa com deficiência. O modelo social da deficiência alia ao olhar biomédico as questões sociais e ambientais apontando no sentido de superação de limitações, busca de independência e auxílio, quando necessário, para promover a inclusão das pessoas com deficiência à vida social e aos espaços públicos.

No que se refere ao envolvimento dos profissionais da ESF com o universo da deficiência, percebe-se que eles estabelecem uma relação de afeto com as crianças e com as cuidadoras visto que, além do clima de amizade, encontraram-se também sinais de empatia. Também foi desvelado que tais servidores têm uma visão equânime sobre a deficiência, com vistas à inclusão e para além da comiseração.

Sabe-se que em todos os espaços do cenário mundial ainda há muito que avançar quanto à miríade de aspectos no que diz respeito ao universo da deficiência. Viu-se que no município de Vitória da Conquista um primeiro passo foi dado na direção do estabelecimento de um vínculo e de um relacionamento interpessoal harmonioso com essas crianças e suas famílias, o que pode favorecer a viabilização de seu acesso à rede de atenção. No entanto, há que se qualificar ainda mais essas relações com uma maior aproximação e apropriação pelos profissionais quanto às necessidades de saúde daqueles indivíduos com vistas a uma coordenação do cuidado equânime e integral e, por isso, adequada e efetiva.

COLABORADORES

PEREIRA, T. I. A. F. A – contribuiu na concepção do estudo, coleta e análise das informações, revisão crítica do conteúdo, preparação do manuscrito e aprovação da versão final. BISPO JÚNIOR, J. P. – contribuiu na concepção do estudo, análise das informações, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. BONFATTI, R. J. – contribuiu na concepção do estudo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. SOARES, D. A. e VIANA, M. B. – contribuíram na revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

AGRADECIMENTOS

A Deus. Aos queridos Isabela e Sandro, à minha carinhosa família, aos meus talentosos orientadores José Patrício Bispo Júnior e Renato José Bonfatti, às incansáveis Maria Helena Barros e Regina Erthal e aos participantes desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. A. D. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência*. Brasília, DF, 1994.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BRASIL. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, DF: 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto793_24_04_2012.html>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika_es/res/u3/caderno_33.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, seção 1, n. 221, p.12, 18 novembro 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 30 out. 2016.
- CHERNICHARO, I. M. *et al.* Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 830-839, 2013.

DIEHL, J. P.; ANTON, M. C. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. *Aletheia*, Canoas, n. 34, p. 47-60, abr. 2011

DINIZ, D. *O que é deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007.

FIGUEIRAS A. C. M. *et al.* Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1691-1699, 2003.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 35, n. 2, 2014.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Vitória da Conquista: Censo demográfico 2010 – pessoas com deficiência*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=293330&idtema=92&search=bahia|vitoria-da-conquista|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-pessoas-com-deficiencia-->>. Acesso em: 4 mar. 2015.

LIMA, P. C. *et al.* O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 503-509, 2014.

MARTINS, L. P. Definições. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. (Org.). *A convenção sobre direitos das pessoas com deficiência comentada*. Brasília, DF: Coorde, 2008. p. 28-30.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ROOKE, M. I.; PEREIRA-SILVA, N. L. Indicativos de resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 33, n. 1, p. 117-126, 2016.

SANTOS, B. S. Poderá o direito ser emancipatório? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, p. 3-76, 2003.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2013*. Vitória da Conquista: mimeo, 2013.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 133-141, 2001.

WILLIAMS, C.; WRIGHT, B. *Convivendo com autismo e Síndrome de Asperger: estratégias práticas para pais e profissionais*. São Paulo: M. Books, 2008.

Capítulo 10

Diagnóstico da segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, Vitória da Conquista (BA)

André Souza Suzart
Aldo Pacheco Ferreira
Gyselle Cynthia Silva Meireles
Gefer Thiago Batista Correa
Renato José Bonfatti

INTRODUÇÃO

Em 2004, o governo brasileiro instituiu o Programa Bolsa Família (PBF) com a finalidade de combater a pobreza e a fome, promovendo, dessa forma, segurança alimentar e nutricional. Busca uma transferência direta de renda com condicionalidades destinada às famílias que atendam aos critérios de elegibilidade preconizados por ele. Essas contrapartidas se referem aos acompanhamentos em saúde (exame pré-natal, por exemplo), nutricional e vacinação (BRASIL, 2014). Os beneficiários também devem manter os filhos na escola com frequência escolar acima de determinado patamar. Com efeito, o PBF fundamentou-se na previsibilidade da melhoria e renda e dos padrões de alimentação, as quais, em consonância com ações de saúde e nutrição, integram o conjunto de condições a serem desempenhadas pelas famílias (PANIGASSI *et al.*, 2008).

A política de saúde compõe o conjunto de ações governamentais relacionado com a proteção social brasileira integrando um dos fundamentos do Estado: a Seguridade Social, aprovada desde 1988 dentro da Constituição Federal. Posteriormente, em 1990, a saúde passou a ser regulamentada pela Lei nº 8.080 que dispõe sobre a Lei Orgânica de Saúde e, em 1996, sendo regida pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS). A Lei Orgânica de Saúde em seu art. 2º diz:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício § 1º O dever do Estado em garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2016).

A dificuldade de acesso regular e permanente aos alimentos por um contingente significativo da população brasileira, associada à renda insuficiente, determina um quadro de insegurança alimentar (IA) (PEREIRA; SANTOS, 2008). Por conseguinte, quanto menor o rendimento mensal domiciliar *per capita*, maior a proporção de domicílios em situação de IA moderada ou grave, fato esse que revela a restrição quantitativa e qualitativa de alimentos, incorrendo, conseqüentemente, em fome (MALETTA; GÓMEZ, 2004; COTTA; MACHADO, 2013).

Os números da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, revelam que a IA atinge 52 milhões, sendo o Nordeste a região mais afetada por esse problema (46,1%), enquanto o número não passa de 18,7% (VILLELA, 2014).

Os estudos de impacto do PBF na segurança alimentar e nutricional observaram que, prioritariamente, a renda transferida é investida em alimentos e, dessa forma, determina mudanças no padrão alimentar das famílias (MELGAR-QUIÑONEZ; HACKETT, 2008; PEREIRA; SANTOS, 2008; SEGALL-CORRÊA; LEON-MARIN, 2009). Uma análise feita baseada em amostra nacional representativa das famílias inscritas no PBF mostrou um aumento de 79% na quantidade de alimentos adquiridos por aquelas famílias que estavam sofrendo de IA grave no início da pesquisa, em comparação com aumento de 60% entre as famílias que relataram segurança alimentar (BRASIL, 2015).

Pesquisa realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) associou o programa de distribuição de renda do governo federal à melhora na qualidade e quantidade de alimentos consumidos pelos beneficiários. Segundo o estudo, que se baseou nos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada pelo IBGE em 2008 e 2009, o PBF permitiu às famílias beneficiadas aproximadamente mais 100 kcal diárias por pessoa (SANTOS; PASQUIM; SANTOS, 2011). Também foi observado um aumento maior na variedade de alimentos entre famílias em situação de IA grave (68,7%) e moderada (77,6%) do que entre aquelas em segurança alimentar (59,6%). Contudo, o mesmo estudo conclui que mesmo com a percepção de aumento na quantidade e na variedade dos alimentos, a partir do recebimento do benefício do PBF, a situação de IA é alta, uma vez que, apesar do aumento declarado no consumo de alimentos, uma parcela significativa dos(as) beneficiários(as) (21%, representando 2,3 milhões de famílias) encontra-se em situação de IA grave (fome entre adultos e/ou crianças da família); outros 34% (ou 3,8 milhões de famílias) estão em situação de IA moderada (restrição na quantidade de alimentos na família). Apresentam IA leve, onde não há falta de alimentos, mas preocupação em relação ao consumo no futuro, 28% (ou 3,1 milhões de famílias), e 17% (ou 1,9 milhão de famílias) estão em situação de segurança alimentar e nutricional.

Como consequência direta da melhoria do padrão alimentar e nutricional das famílias beneficiárias, dado que chama atenção vem de um estudo transversal realizado por

Paes-Sousa; Santos; Miazaki (2011) com 22.375 crianças, comparando aquelas pertencentes a famílias beneficiárias e não beneficiárias, constatou que crianças com menos de 5 anos apresentaram 26% maior chance de ter altura adequada em relação à idade e ao peso quando comparadas às não beneficiárias do programa. O mesmo estudo revela, ainda, que crianças com idade superior a 12 meses eram mais propensas a ter altura adequada em relação à idade do que as não beneficiárias. As crianças em grupos etários de 12 a 35 meses e de 36 a 60 meses apresentaram, respectivamente, 19% e 41% maiores chances de ter altura adequada para idade do que as não beneficiárias, nos mesmos grupos etários.

Para Saldiva, Silva e Saldiva (2010), além do acesso, também é importante avaliar o padrão alimentar e a qualidade daquilo que é consumido. Atentam para uma queda no consumo de farinhas, féculas e massa, cereais e leguminosas no País, incluindo arroz, feijão e hortaliças. Mencionam, também, como preocupante a elevação no consumo de refrigerantes e cervejas, dados que também são identificados na POF do IBGE. Esse modelo alimentar tem resultado em um quadro epidemiológico com aumento das doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e obesidade. De acordo a mesma pesquisa, 49% dos brasileiros já se acham acima do peso, e pior ainda no caso das crianças, em que 33,5% são gordas e 14,3% obesas.

Dessa forma, esta pesquisa buscou desvelar os impactos do PBF nas condições de segurança alimentar e nutricional dos beneficiários alocados no município de Vitória da Conquista (BA).

METODOLOGIA

Estudo de delineamento transversal sobre segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do PBF, Vitória da Conquista (BA), no período de setembro a dezembro de 2015.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerado o número de famílias inscritas no PBF no ano de 2014, residentes na área de adscrição do município. O dimensionamento dessa população por distrito sanitário (DS) e por unidade de saúde foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, que utilizou as informações baseadas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2014), informando que existiam 28.774 famílias beneficiadas pelo PBF em Vitória da Conquista.

O cálculo da amostra considerou a população composta de 28.774 famílias, 3% de erro tolerável e 5% de significância, obtendo para este 'n' amostral um valor de 230 domicílios (SILVA, 2001). O plano amostral até a escolha do indivíduo a ser entrevistado foi elaborado com base em técnicas de processos probabilísticos, utilizando-se amostra estratificada proporcional em etapas. Inicialmente, considerou-se o DS como estrato, a fim de garantir que, de forma irrestrita, representantes de toda a população beneficiária fossem entrevistados.

Definiu-se que estaria apto a participar do estudo o chefe da família ou outro adulto, acima de 18 anos, integrante do domicílio, presente no momento da visita. Os dados foram

coletados nas 10 Unidades de Saúde da Família (USFs), sendo 5 localizadas na zona urbana (USF Nossa Senhora Aparecida, USF Conveima, USF Nelson Barros, USF Patagônia e USF Recanto das Águas) e 5 na zona rural (USF Lagoa das Flores, USF Pradoso, USF Bate Pé, USF Limeira e USF José Gonçalves).

A coleta de dados foi desenvolvida por equipe de entrevistadores previamente treinados. Nas entrevistas, foram utilizados questionários estruturados e validados, adaptados de Anschau, Matsuo e Segall-Corrêa (2012), em que foram coletadas informações Sociais, Econômicas e Ambientais dos beneficiários. Também foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) (SEGALL-CORRÊA; LEON-MARIN, 2009).

Para a avaliação das condições de segurança alimentar, foi utilizada a Ebia. Essa escala é elaborada a partir de questionário com 15 perguntas referentes à experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar em diversos níveis de intensidade. Inclui desde a preocupação de que a comida possa acabar até a vivência de passar um dia todo sem comer. Cada resposta afirmativa do questionário corresponde a um ponto, portanto, a soma de todas as repostas varia de 0 a 15 pontos. Quando não há nenhuma resposta positiva, a família é classificada em situação de segurança alimentar, e a classificação da IA em diferentes gradientes corresponde a patamares diferenciados da soma dos pontos obtidos no questionário (DIAS *et al.*, 2012).

A análise dos dados foi concomitante à coleta. Os dados da pesquisa de campo foram digitados no Programa Epi Info, versão 3.4 para Windows® (<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>). Para caracterização da população, foram formuladas tabelas de frequências simples (percentual), intervalo de confiança de 95% e razão de chances. As associações entre as variáveis independentes com a variável dependente foram estabelecidas utilizando-se os testes de Qui-quadrado e razão de chances com o respectivo intervalo de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Foi adotado o nível de significância de 5% em todos os testes, ou seja, foram considerados significativos os testes que apresentaram níveis descritivos menores que 0,05 ($p < 0,05$). A análise estatística foi realizada no programa Statistical Analysis Software (SAS/STAT) (http://www.sas.com/en_us/software/analytics/stat.html), versão 8.2.

Em cumprimento às normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CAAE: 46081015.7.0000.5240).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 230 beneficiários entrevistados, 75,22% (n=173) residiam na zona urbana e 24,78% (n=57) na zona rural do município de Vitória da Conquista (BA). Em relação à

água de consumo, 81,74% (n=188) informaram que era proveniente da rede pública de abastecimento. Quanto ao esgotamento sanitário, 60% (n=138) informaram que a cobertura de coleta sanitária era da rede pública. A coleta de lixo domiciliar municipal atendia a 75,22% (n=173) das residências.

O padrão sanitário dos domicílios que integraram a pesquisa foi satisfatório, pois foram verificados: água de consumo de boa qualidade e elevada disponibilidade, presença de fossa séptica ou rede pública para esgotamento, com regular coleta domiciliar de lixo. Esses dados se assemelham aos encontrados por Motta *et al.* (2004) em estudo realizado em Piracicaba (SP) no qual foram descritas boas condições de saneamento básico, com sistema de esgotamento adequado em todas as residências e água disponível em domicílios de baixa renda.

Na constituição familiar dos beneficiários, foi predominante o número de 4 a 6 moradores (59,56%, n=137), e a maior parte dos domicílios (88,7%, n=204) apresentou algum morador menor de 18 anos. Segundo a estratificação de renda, em 42,1% (n=97) dos domicílios a renda *per capita* foi de R\$ 77,00 ou menos, enquanto que em 27,8% (n=64) a renda foi maior que meio salário mínimo. Chama atenção o fato de que, em 72,2% (n=166), a renda *per capita* apresentou valores inferiores a meio salário mínimo brasileiro. O valor do benefício recebido por 31,3% (n=72) dos beneficiários foi superior a R\$ 189,00.

Ao considerar dados de classificação econômica (MEIRELLES; SABIO, 2014), percebe-se que 75,1% (n=173) das famílias entrevistadas se enquadram nas classes D ou E, das quais, 67,3% (n=155) na classe D e 7,8% (n=18) na classe E, indicativo de um grande número de famílias com baixa classificação econômica. O chefe do domicílio na maioria das famílias era do sexo masculino 64,7% (n=149). O grau de escolaridade obtido de 40,4% (n=93) foi analfabeto ou primário incompleto, e somente 21,7% (n=50) possuem entre a 5^a a 8^a série completa ou segundo grau incompleto ou completo. O vínculo empregatício de 45,2% (n=104) é representado pelo trabalho formal; entretanto, 31,3% (n=72) trabalham na informalidade, e 16,5% (n=38) estão desempregados.

A política de segurança alimentar e nutricional possui, na sua concepção, um caráter multidimensional e intersetorial, devendo, portanto, na sua gestão, estar interligada aos diferentes níveis de governo e também à sociedade civil, o que lhe proporcionará um maior alcance e efetividade (RABELO; RUCKERT, 2014). Tais aspectos estão contemplados nesse marco regulatório, em especial, no Sistema Nacional de Segurança Alimentar (Sisan). Contudo, a adesão dos estados e municípios ao Sisan ainda está em andamento.

A *tabela 1* explicita que a prevalência de IA foi de 73,5% (n=169), distribuídas em IA leve (40,8%, n=94), moderada (26,9%, n=62) ou severa (5,6%, n=13).

Tabela 1. Insegurança alimentar (IA) das famílias beneficiárias, Vitória da Conquista (BA), 2015

Variável	Prevalência		IC 95%	
	N	%	Limite inferior (%)	Limite superior (%)
Segurança alimentar	61	26,6	21,2	32,5
IA leve	94	40,8	34,7	47,3
IA moderada	62	26,9	21,6	33
IA severa	13	5,7	3,3	9,4
Total	230	100		

Nota: Pesquisa de campo (2015).

IC – intervalo de confiança.

A IA atinge centenas de milhões de pessoas no mundo (ANSCHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012). No Brasil, em 2004, 34% dos domicílios foram classificados como tendo algum tipo ou grau de restrição alimentar, atingindo cerca de 72 milhões de pessoas. A prevalência de domicílios com IA aumentava para 66%, considerando aqueles onde residia algum beneficiário de programas de transferência de renda (IBGE, 2012). Em outros países, como Bolívia, Burkina Faso e Filipinas, em 2004, a IA estava presente em 70%, 73% e 35% das moradias respectivamente (MELGAR-QUIÑONEZ *et al.*, 2006). Nos Estados Unidos, entre os 47.500 domicílios amostrados no ano de 2005, cerca de 11% dos seus moradores sofriam com a IA, aproximadamente 12,6 milhões de indivíduos, e, entre aqueles que participavam de programas de assistência alimentar, a prevalência de IA foi duas vezes superior (NORD; ANDREWS; CARLSON, 2006).

Na *tabela 2*, verifica-se que a IA leve foi a mais prevalente em 2 das 4 categorias de distribuição de renda *per capita*, porém não existindo uma associação significativa ($p > 0,05$) entre os níveis de (in)segurança alimentar e a renda familiar *per capita*. A prevalência de IA moderada ou severa na categoria de renda *per capita* de R\$ 77,00 ou menos (55,7%) foi cerca de dezesseis vezes superior a observada entre os indivíduos com renda de meio salário mínimo ou mais (3,4%).

Ficou evidente que, conforme se reduz a renda *per capita*, as chances de a família vir a apresentar IA moderada ou severa aumentavam progressivamente. A razão de chances mais elevada para esta condição, OR 35,16 (IC 4,59-268,93) ocorre nos domicílios com moradores que apresentam renda *per capita* de R\$ 77,00 ou menos. A classificação econômica não mostrou associação significativa com a IA. Todavia, ao se comparar as classes D ou E com a C, mostra que a razão de chances para IA moderada ou severa foi maior entre as famílias de classificação econômica mais baixa (OR=1,53 - IC 0,78-2,98), indicando que essas famílias estão mais propensas à experiência da fome, entre adultos ou moradores menores de 18 anos.

Tabela 2. Insegurança alimentar (IA) segundo caracterização econômica das famílias beneficiárias, Vitória da Conquista (BA), 2015

Dados econômicos	Nível de (in)segurança alimentar							
	SA		IA leve		IA moderada/severa		OR*	IC 95%
	N	%	N	%	N	%		
Renda familiar per capita								
R\$ 77,00 ou menos	6	6,2	37	38,1	54	55,7	35,16	4,59 – 268,93
R\$ 77,01 a R\$154,00	11	26,2	18	42,8	13	31	12,55	1,53 – 102,41
R\$ 154,01 a ½ SM	24	38,7	31	50	7	11,3	3,56	0,41 – 30,41
Maior ½ SM	20	69	8	27,6	1	3,4	1	Referência
Classificação Econômica								
Classe C	18	31	25	43,1	15	25,8	1	Referência
Classe D ou E	43	25	69	40,2	60	34,8	1,53	0,78 – 2,98

Nota: Pesquisa de campo (2015); Teste Qui-quadrado, valor de $p > 0,05$ para as duas variáveis.

*Odds Ratio bruto.

SM – salário mínimo; SA – segurança alimentar; IC – intervalo de confiança.

Foi observado que, nos domicílios onde há presença de moradores menores de 18 anos, a IA leve (41,6%, n=85) e a IA moderada ou severa (32,5%, n=204) estão mais presentes quando comparadas aos domicílios sem moradores nessa faixa etária. É importante destacar que, nas famílias onde não há a presença de moradores com menos de 18 anos, a prevalência de segurança alimentar (30,8%) foi um pouco superior à apresentada nas famílias com membros menores de 18 anos (25,9%) e que a IA moderada ou severa (34,6%) não apresentam diferenças comparativas às residências com moradores menores de 18 anos. Entretanto, uma vez que o valor de $p=0,8721$, não se pode afirmar a existência de uma relação entre esses dados.

A *tabela 3* apresenta os dados referentes à IA segundo o número de membros no domicílio onde essa variável não interfere nos níveis de IA ($p=0,1266$). Contudo, nos domicílios com 7 moradores ou mais, a IA moderada ou severa apresenta valores superiores quando comparadas com famílias com 3 moradores ou menos, mostrando que mesmo não havendo relação entre as variáveis, os resultados sugerem tendência de aumento da IA moderada ou severa com o aumento do número de membros do domicílio.

Tabela 3. Insegurança alimentar (IA) segundo o número de membros no domicílio das famílias beneficiárias, Vitória da Conquista (BA), 2015

Nº de membros domicílio	Nível de (in)segurança alimentar						Total	
	SA		IA leve		IA moderada/severa			
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 ou menos	18	28,1	26	40,6	20	31,3	64	27,83
4 a 6	37	27	61	44,5	39	28,5	137	59,56
7 ou mais	6	20,7	7	24,1	16	55,2	29	12,61
Total	61	26,5	94	40,9	75	32,6	230	100

Nota: Pesquisa de campo (2015); Teste Qui-quadrado, valor de $p = 0,1266$.

SA – segurança alimentar.

Entre as variáveis relacionadas com o chefe do domicílio, nenhuma delas apresentou diferença significativa (significância de 5%), sendo as mais próximas de apresentarem uma relação significativa o sexo ($p=0,0599$) e a faixa etária ($p=0,0885$) (tabela 4). Observou-se que a IA moderada ou severa foi predominante em domicílios com chefe da família do sexo feminino (42%), e embora a faixa etária não tenha sido associada à IA, notou-se uma tendência no aumento da IA moderada ou severa com o aumento da idade do chefe do domicílio. A escolaridade e o vínculo empregatício do chefe do domicílio não interferiram de forma significativa na IA em seus níveis, sendo o valor de 'p' igual a 0,0599 e 0,0979 respectivamente. Pode-se verificar, porém, que quanto maior a escolaridade, mais próxima a família se encontra em relação à segurança alimentar.

Tabela 4. Insegurança alimentar (IA) segundo dados do chefe do domicílio das famílias beneficiárias, Vitória da Conquista (BA), 2015

Variável	Nível de (in)segurança alimentar						Total		Valor de p
	SA		IA leve		IA moderada/severa				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	38	25,5	70	47	41	27,5	149	64,78	0,0599
Feminino	23	28,4	24	29,6	34	42	81	35,22	

Variável	Nível de (in)segurança alimentar						Total		Valor de p
	SA		IA leve		IA moderada/severa		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Escolaridade									
1	22	23,6	39	42	32	34,4	93	40,43	0,0599
2	20	23	36	41,4	31	35,6	87	37,83	
3	19	38	19	38	12	24	50	21,74	
Vínculo empregatício									
Formal	35	33,6	32	30,8	37	35,6	104	45,22	0,0979
Informal	17	23,6	33	45,8	22	30,6	72	31,3	
Não trabalha	4	10,5	22	57,9	12	31,6	38	16,52	
Aposentado	5	31,3	7	43,7	4	25	16	7,16	
Faixa etária									
29 ou menos	18	38,3	20	42,5	9	19,2	47	20,43	0,0885
30 a 49 anos	31	23,5	57	43,9	44	33,4	132	57,39	
50 anos ou mais	12	23,5	17	33,4	22	43,1	51	22,18	

Nota: Pesquisa de campo (2015); Teste Qui-quadrado.
SA – segurança alimentar.

A evolução histórica da política social brasileira em direção à construção de uma política pública de transferência de renda, orientada para a focalização em grupos considerados vulneráveis, consolida-se como mecanismo central na composição do sistema brasileiro de proteção social (GUERRA, 2009). Segundo Sposati (2013), a proteção social no Brasil está inserida na concepção de seguridade social, isto é, no conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus membros. Portanto, a centralidade está no processo histórico de cada sociedade e nele o trânsito pelo qual determinadas condições sociais de dignidade e sobrevivência são asseguradas enquanto um direito social universal.

CONCLUSÃO

Dados deste estudo mostram uma maior prevalência de IA moderada ou severa se comparado com a segurança alimentar, porém, o fato desta última condição também ser observada, destacando quando se analisou a relação entre IA e renda *per capita*, mostram que algumas famílias mesmo em extrema pobreza conseguiram se manter em segurança alimentar. Tal fato demonstra que nem todas as pessoas ficam passivas diante da IA coincidindo com estudo realizado por Maxwell (1996), no qual ele evidencia que muitas famílias conseguem elaborar estratégias na tentativa de superação dessa condição.

Um dado desta pesquisa que merece destaque é o de que a prevalência de IA severa (indicativo de fome entre adultos e crianças) é menor do que a leve ou moderada, podendo ser um efeito dos programas de transferência de renda, mais especificamente o PBF, que deixam as pessoas pobres um pouco menos pobres, em virtude da renda transferida, melhorando também a desigualdade social.

Famílias que vivem em situação de IA têm dificuldades no consumo de certos grupos de alimentos. Perez-Escamilla *et al.* (2004) descrevem menor probabilidade do consumo diário de carnes, derivados do leite, frutas e verduras, feijão. Por isso a insuficiência alimentar pode levar à carência de macro e micronutrientes (SEGALL-CORRÊA; LEON-MARIN, 2009).

Mesmo que a variável renda *per capita* não tenha apresentado associação significativa com a IA, pode-se observar uma relação entre essas variáveis. Foi observado que a prevalência de IA moderada ou severa na categoria de menor renda *per capita* foi superior à observada entre os indivíduos com maior renda, mostrando que em famílias com renda *per capita* mais baixa não permite aos seus membros condições favoráveis de alimentação, o que corrobora diversos estudos, nacionais e internacionais, que registraram a baixa renda como fato determinante mais importante da IA e fome (SEGALL-CORRÊA; LEON-MARIN, 2009).

Evidencia a pesquisa em seu contexto maior que o PBF alcança alguns produtos, tais como aumento da frequência escolar e cumprimento da agenda de acompanhamento da saúde. No entanto, a transferência de renda por si só não é suficiente para a superação da pobreza e das desigualdades. Urge que seja integrada a transferência de renda a estratégias mais amplas, articulando desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, contemplando, assim, a pobreza em seu caráter multidimensional.

Entretanto, cabe destacar que o PBF representa a conquista de segmentos populares da sociedade brasileira, que lutam por melhores expectativas e condições de vida, ainda que isso implique na concessão desses setores, permitindo o domínio dos setores elitistas, que, ao concederem esses benefícios às classes populares, consolidam sua

hegemonia social, política e econômica. Diante disso, mesmo apresentando inúmeras limitações (baixo valor auferido, abrangência insuficiente em relação ao conjunto de potenciais beneficiários, precariedade e/ou de programas complementares, não constitui um direito adquirido etc.), tem repercutido de forma positiva nas vidas cotidianas dos beneficiários que vivem em situações de miséria e pobreza, sobretudo por ser em muitos casos a única renda familiar segura, chegando a representar o principal meio de manutenção da vida.

REFERÊNCIAS

- ANSCHAU, F. R.; MATSUO, T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. *Nutrição*, Campinas, v. 25, n. 2, p. 177-189, mar./abr. 2012.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Bolsa família*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Bolsa família melhora saúde de beneficiário*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2011/novembro/bolsa-familia-melhora-saude-de-beneficiarios>>. Acesso em: 18 maio 2015.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 dez. 2016.
- COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev. Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013.
- DIAS, M. M. *et al.* Situação de insegurança alimentar de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda na unidade de saúde da família comunidade São João Baptista, Petrópolis/Rio de Janeiro. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 15, n. 2, p. 199-205, 2012.
- GUERRA, Y. Direitos sociais e sociedade de classe: o discurso do direito a ter direitos. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (Org.). *Ética e Direitos: ensaios críticos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Aspectos complementares de educação e acesso a transferências de renda de Programas sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- MALETTA, H.; GÓMEZ, R. *Seguridad Alimentaria: medición y métodos*. Roma: FAO, 2004.
- MAXWELL, D. G. Measuring food insecurity: the frequency and severity of “coping strategies”. *Food Policy*, v. 21, n. 3, p. 291-303, jul. 1996.
- MEIRELLES, F. S.; SABIO, R. P. Um novo critério de estratificação social e de consumo. *Rev. Adm. Empres.*, v. 54, n. 5, p. 592-593, São Paulo, set./out. 2014.
- MELGAR-QUIÑONEZ, H. R. *et al.* Household food insecurity and food expenditure in Bolivia, Burkina Faso and the Philippines. *Journal of Nutrition*, Springfield, v. 136, supl., p. 1431-1437, 2006.
- MELGAR-QUIÑONEZ, H. R.; HACKETT, M. A Medida da segurança alimentar: a experiência mundial. *Nutrição*, Campinas, v. 21, supl., p. 27-37, jul./ago., 2008.

MOTTA, D. G. *et al.* Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 63-70, maio/ago. 2004.

NORD, M.; ANDREWS, M.; CARLSON, S. *Measuring food security in the United States*. Household food security in the United States, 2005. Washington, DC: USDA, 2006.

PANIGASSI, G. *et al.* Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

PEREIRA, R. A.; SANTOS, L. M. P. A dimensão da insegurança alimentar. *Nutrição*, Campinas, v. 21, supl., p. 7-13, jul./ago. 2008.

RABELO, M. M.; RUCKERT, N. A construção da política de segurança alimentar e nutricional: o caso de Porto Alegre. *Indicadores Econômicos FEE*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 85-100, 2014.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F.; SALDIVA, P. H. N. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semi-árido nordestino com cobertura parcial do Programa Bolsa Família. *Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 2, p. 221-229, mar./abr. 2010.

SANTOS, L. M. P.; PASQUIM, E. M.; SANTOS, S. M. C. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1821-1834, 2011.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; LEON-MARIN, L. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SILVA, N. N. *Amostragem probabilística*. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 652-674, 2013.

PAES-SOUSA, R.; SANTOS, L. M. P.; MIAZAKI, E. S. Effects of a conditional cash transfer program on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 89, n. 7, p. 496-503, 2011.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* An Adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *Journal of Nutrition*, Springfield, v. 134, n. 8, p. 1923-28, 2004.

VILLELA, F. Insegurança Alimentar. *EBC Agência Brasil*, 18 dez. 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-12/IBGE-52-milhoes-de-brasileiros-em-situa%C3%A7ao-de-inseguranca-alimentar>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

Capítulo 11

Vigilância em Saúde do Trabalhador: qualificação de Agentes Comunitários de Saúde a partir de seus saberes e desejos de mais saber

Jamilly Gusmão Coelho
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Elizabeth Costa Dias

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como premissa que todo processo educativo, na perspectiva do aprimoramento e ampliação do espectro de atividades dos trabalhadores em saúde, deve introjetar o sujeito-alvo da educação como elemento proativo e coconstrutor da práxis pedagógica que lhe trará os instrumentos de qualificação profissional.

Tendo em conta que os conteúdos discutidos no processo educativo dizem respeito ao campo da Saúde do Trabalhador (ST), a introjeção do sujeito-alvo como elemento na construção do projeto torna-se essencial pela necessidade de guardar coerência com o próprio conceito de ST consolidado no Brasil.

A ST é um campo da saúde pública referenciado na determinação social do processo saúde-doença e em construção na rede pública de serviços de saúde. No Brasil, a ST exibe uma conotação própria que reflete a trajetória que lhe deu origem e tem como pilar fundamental o compromisso com a mudança do grave quadro de saúde da população trabalhadora (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Ao mesmo tempo, no modelo de atenção à saúde vigente no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) é ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado integral (BRASIL, 2012). Esse contexto pode ser interpretado como oportunidade para desenvolver o cuidado diferenciado aos trabalhadores, incorporando a contribuição do trabalho na determinação do processo saúde-doença, haja vista que a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

A Conferência de Alma-Ata definiu que os cuidados primários em saúde devem ir “o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OMS, 1978, p. 1).

No contexto das transformações econômicas em curso no País, a produção do cuidado aos trabalhadores pelas equipes da AB, com destaque para a Estratégia Saúde da Família, ganha relevância em virtude do aumento de trabalhadores inseridos no setor informal e precarizado de trabalho, do desemprego, da frágil proteção social e conseqüente vulnerabilidade desses trabalhadores (VIEIRA; DIAS; MATTOS, 2013; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012).

A organização do trabalho na AB, desenvolvido por uma equipe multiprofissional que tem a responsabilidade sanitária pelo território ao qual está vinculada, oferece a possibilidade de ampliar o acesso dos trabalhadores às ações de saúde, o estabelecimento de vínculos e o fortalecimento de relações de confiança entre a equipe de saúde e a população, especialmente mediadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), permitindo a identificação e respostas mais adequadas às demandas e aos problemas decorrentes das relações trabalho-saúde-doença (DIAS; SILVA, 2013).

O ACS possui papel importante na implementação das ações de ST na AB, uma vez que desenvolve ações educativas no seu cotidiano de trabalho, atuando como mediador, tradutor e elo entre as equipes de saúde e a comunidade. Como membro da equipe e morador do território em que trabalha, possui amplo conhecimento sobre os processos produtivos ali instalados e a influência desses na saúde das pessoas e sobre o ambiente. Contudo, para desenvolver bem seu trabalho, ele necessita ser capacitado e contar com suporte técnico permanente (DIAS; SILVA, 2013).

É nesse contexto que se insere a necessidade e o desafio de preparar os ACS para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no sentido de reconhecer o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores e identificar processos produtivos geradores de riscos à saúde e o perfil ocupacional, utilizando essas informações nas ações educativas e contribuindo para o planejamento de ações de cuidado aos trabalhadores pela equipe.

Neste estudo, partiu-se da hipótese de que não existe uma metodologia consolidada de capacitação dos ACS em Visat e, para lhe dar concretude, idealizou-se um método que considere a participação dos próprios sujeitos no processo de construção de sua formação.

Para Vasconcellos, Almeida e Guedes (2013), os processos de Visat são cenários pedagógicos adequados para as iniciativas de mudança das relações saúde-trabalho ampliadas, especialmente, porque permitem abordar, simultaneamente, os dois eixos de educação do SUS – o da educação popular e o da educação permanente.

Baseados no conceito de ST que considera o trabalhador como sujeito central das práticas; na estrutura legal que reforça essa compreensão no contexto da vigilância; e na necessidade institucional de formação de agentes públicos no campo, a construção de uma base pedagógica deve articular esses elementos (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2013).

Foi com esse sentido que o presente estudo teve como objeto a elaboração de um projeto pedagógico de capacitação de Visat para os ACS do município de Vitória da Conquista (BA), a partir da percepção dos próprios sujeitos. Tendo em conta a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), vigentes, que valorizam a qualificação dos trabalhadores da saúde a partir de sua inserção no processo de trabalho, o propósito é que os profissionais de saúde se sintam sujeitos de seu próprio processo educativo. Embora localizado no município referido, o estudo se aplica ao formato estrutural da AB adotado no País, o que o credencia a ser aplicado nas distintas localidades onde os ACS atuam na Estratégia Saúde da Família.

SAÚDE DO TRABALHADOR E VIGILÂNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA – ALGUMAS PALAVRAS

A partir da Constituição Federal de 1988, a ST foi incorporada no SUS e, pouco a pouco, institucionalizou-se por meio de legislações e formulação de planos e políticas específicas. Um dos marcos relevantes foi a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, estabelecida na Portaria nº 3.120/98. Nesta, a Visat é compreendida como:

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (BRASIL, 1998).

Nessa perspectiva, a Visat é estruturante e essencial ao modelo de atenção integral em ST, implicando profundamente a AB nesse esforço.

A PNSTT considera a Visat como uma das estratégias para a sua efetivação. Ela define, como primeiro objetivo, fortalecer a Visat e integrá-la com os demais componentes da vigilância em saúde e, como primeira estratégia, articular a Visat com a AB (BRASIL, 2012). Para Dias e Silva (2013), a contribuição da AB na atenção à saúde dos trabalhadores adquire maior ênfase nos últimos anos, em função do papel de coordenação do cuidado que foi atribuído à AB, no atual modelo de atenção do SUS.

Nesse sentido, o cuidado aos trabalhadores dispensado pela AB é essencial em virtude das recentes transformações econômicas no País. Além da atuação no território, onde o trabalho formal ou informal deve ser observado como determinante social do processo saúde-doença, especialmente no caso do trabalho informal em domicílio, é possível à AB

quebrar a invisibilidade das condições de trabalho desses trabalhadores, inovando no sentido de intervir em prol da saúde (VIEIRA; DIAS; MATTOS, 2013; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012).

Dias e Silva (2013) comentam que para que a AB contribua para uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, no exercício da responsabilidade sanitária sobre o território, é necessário o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população e a sua incorporação no planejamento das ações.

Os processos produtivos causadores de doenças, inseridos nos territórios de atuação da AB, estão diante das equipes e, em especial, dos ACS, que se veem desafiados a oferecer à população algum tipo de solução. Essa evidência reafirma a necessidade de que ações de Visat sejam desenvolvidas pelas equipes da AB. Não se trata, todavia, de introduzir uma nova ação na AB, e, sim, de requalificar as ações já existentes, de forma integrada com a vigilância em saúde (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012).

De acordo com Dias, Silva e Almeida (2012), embora haja questionamentos quanto a classificar algumas ações desenvolvidas pelas equipes da AB, como sendo 'de vigilância', por não cumprirem 'um ciclo completo', que deve terminar com mudanças e melhorias dos ambientes e condições de trabalho, é importante reconhecer que essas ações iniciam os processos ao identificar situações-problema muitas vezes complexas, e que podem ser ampliadas caso sejam dadas condições e suporte a essas equipes.

Registros na literatura mostram que o reconhecimento de fatores que interferem na condição de saúde humana, por exemplo, vem sendo realizado pelas equipes da AB, que, entretanto, encontram dificuldades para definir e implementar intervenções adequadas. Geralmente, essas medidas requerem a atuação integrada com outros setores, tais como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a Vigilância Sanitária e Ambiental e a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego.

Segundo Dias, Silva e Almeida (2012), diversas ações de Visat que têm como referência processos produtivos geradores de riscos podem ser desenvolvidas pelas equipes da AB, tais como o mapeamento dos processos produtivos do território; a identificação do perfil ocupacional e de trabalhadores mais vulneráveis (desempregados, trabalho infantil, trabalho domiciliar, entre outros); a notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); a análise da situação de saúde dos trabalhadores para definição de ações prioritárias; as orientações e ações educativas; a articulação intrassetorial para a vigilância dos processos e ambientes de trabalho.

É preciso ressaltar que a identificação da presença de atividades produtivas com risco potencial para a saúde necessita ser compreendida pela equipe e traduzida na identificação dos fatores de risco para a saúde e o ambiente. Também as informações

coletadas no cadastramento das famílias, realizado pelos ACS, que incluem variáveis como sexo; idade; ocupação de cada membro da família; desemprego; agravos relacionados ao trabalho, devem ser considerados no planejamento e desenvolvimento de ações de Visat (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012).

Diante do exposto, para abordar as questões de Visat no contexto da AB, é necessária uma articulação de ações intra e intersetoriais com os processos de educação permanente, além da adoção de metodologia de apoio matricial das ações. Para Dias e Silva (2013), é fundamental garantir o suporte técnico e pedagógico para as equipes a fim de que elas possam planejar suas atividades considerando os usuários trabalhadores que integram a população do território de abrangência da equipe.

Um aspecto importante a ser considerado para a implementação de ações de ST na AB é que essas tarefas sejam redimensionadas, que as equipes sejam capacitadas e valorizadas e que disponham de suporte de recursos físicos, materiais e organizacionais da rede e dos fluxos de referência e contrarreferência, para não acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas Equipes de Saúde da Família (EqSF).

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS: LIBERDADE, AUTONOMIA E CIDADANIA DOS SUJEITOS

Desde a criação do SUS, a formação dos trabalhadores da saúde baseia-se na construção de processos significativos, que têm por base as normas legais, mas principalmente o entendimento de que eles são atores do processo educativo, simultaneamente professores e aprendizes, que educam e são educados, considerando que a situação do trabalho tem valor em si mesma e para as pessoas.

Nessa linha, a Educação Permanente em Saúde (EPS) expressa uma síntese operativa da expressão 'educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho' (ROVERE, 1993; QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

Ceccim e Ferla (2008) consideram que a EPS se configura, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de ensino-aprendizagem, a EPS se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. Como política de educação na saúde, a EPS tem contribuído para a construção do SUS.

O Ministério da Saúde define que

[...] a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas pro-

fissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. (BRASIL, 2004, p. 3).

Assim, a EPS está articulada às diretrizes e princípios do SUS que, por sua vez, têm na EqSF uma de suas mediações para se concretizar. Para operar o SUS, “a Educação Permanente em Saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão” (BRASIL, 2004, p. 5).

A possibilidade de uma educação para a saúde que considere o sentido que cada um dá à sua vida, como a controla, convivendo solidariamente em comunidade, a partir do resgate das experiências de cada envolvido no processo educativo, é um caminho para a liberdade e para a construção de autoria. Uma educação popular ou libertadora, de acordo com Paulo Freire, “não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos [...], mas nos homens como corpos conscientes e na consciência intencionada ao mundo” (FREIRE, 2014, p. 77). Essa educação é diferente da educação bancária, depositária, na qual se transmite conhecimento e se coloca, de um lado, o educador e, de outro, o educando.

Freire (2013, p. 15) enfatiza a necessidade de respeito ao conhecimento que o educando traz consigo, visto ser ele um sujeito social e histórico, e da compreensão de que “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas”. Compreender a existência do ser humano como um ser social e histórico é indispensável para o campo da saúde.

Várias estratégias e orientações são propostas para a implementação de processos de EPS. Em princípio, a mudança de foco de trabalhadores na condição de recursos para trabalhadores enquanto protagonistas do processo educativo é condição fundamental e indispensável. Rovere (1993) coloca que o ponto de partida para um trabalho de educação permanente é a redefinição das tarefas dos sujeitos a partir de questionamentos a si próprios.

Nesse mesmo entendimento, para que o sujeito seja ator da construção do seu processo educativo, ele deve ser compreendido enquanto sujeito sanitário na perspectiva do direito, que, de acordo com Vasconcellos e Oliveira (2013), tem na expressão uma agregação de valores e significados simbólicos que traduzem suas características e suas credenciais para que possa ser, assim, ele mesmo protagonista, considerado nas políticas públicas de saúde, neste caso na Política de Educação Permanente em Saúde. Portanto, ser sujeito sanitário significa ser sujeito construtor de sua própria cidadania no âmbito da saúde pública, no caso, portador de uma cidadania sanitária.

Para que a EPS seja compreendida enquanto um direito de cidadania, é necessário que seus atores se percebam enquanto sujeitos sanitários e se sintam convocados à criação, à abertura, ao coletivo. O investimento pedagógico, para quebrar o que está posto, precisa

ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde, oportunizando ao sujeito sanitário opinar, contribuir e participar da construção do seu próprio processo de formação.

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O ACS é considerado membro efetivo da equipe de trabalho da AB, e não apenas mero coadjuvante na execução de determinadas ações em saúde. É um personagem-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de assistência em saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

A presença do ACS, morador no território, é considerada como extensão dos serviços de saúde na comunidade, já que ele é um membro da comunidade e possui com ela um vínculo pessoal. A PNAB prescreve que o ACS deve: realizar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promover e executar atividades de educação em saúde para a comunidade; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento das situações de risco; fortalecer a organização e o desenvolvimento comunitários; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas; participar de ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas para promoção da qualidade de vida, entre outras (BRASIL, 2011).

Assim, o ACS desenvolve seu trabalho em determinado território, e neste, encontra-se também grande variedade das situações sociais e econômicas da população e também as mais diversas necessidades e demandas da saúde.

Dessa forma, ao se considerar o processo histórico desse profissional, a preocupação com o processo de formação desses trabalhadores para cumprir com suas principais atribuições torna-se fundamental (SILVA, 2009).

Em 2004, foi construído pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. A proposta de formação técnica dos ACS foi organizada a partir do perfil de competências. A publicação do Referencial Curricular foi um marco na mudança dos processos de qualificação dos ACS, até então desenvolvidos em serviço e, na sua maioria, pelos enfermeiros supervisores (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; SILVA, 2009).

Mendonça (2004) ressalta que o ACS deve estar habilitado a identificar problemas na comunidade, bem como reconhecer recursos necessários para sustentar sua ação e atuação em relação ao que é previsto, de forma crítica e autônoma. Ainda discute que as ações a serem desempenhadas pelos ACS transcendem ao campo da saúde, pois requerem aprendizagem em múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Em 2001, foi publicado o 'Caderno da Atenção Básica, nº 5 – Saúde do Trabalhador'

destinado a apoiar a capacitação dos profissionais desse nível de atenção. Entre as atribuições definidas para os ACS, estão:

[...] notificar à equipe de saúde a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho; informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência e planejar e participar das atividades educativas em Saúde do Trabalhador. (BRASIL, 2001, p. 16).

Em 2011 e 2012, respectivamente, foram elaborados a cartilha 'Cuidando da Saúde dos Trabalhadores: atuação dos ACS' e o manual 'O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas' pela equipe da Universidade Federal de Minas Gerais e disponibilizados para a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Contudo, é escassa a produção brasileira para apoiar os processos de capacitação desses profissionais sobre os quais recaem funções estratégicas para a viabilização da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, aproximando e desenvolvendo vínculos com as comunidades atendidas. Portanto, o objetivo deste estudo é apresentar um projeto pedagógico de capacitação de Visat para os ACS de Vitória da Conquista, visando contribuir para a implementação das ações de ST pelas equipes da AB.

O CAMINHO DO ESTUDO

O estudo se baseou na revisão bibliográfica do tema e na caracterização do campo de estudo a partir de dados sociodemográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e perfil produtivo do município de Vitória da Conquista, utilizando o referencial teórico da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011). A reprodutibilidade do estudo, para ser fiel às características de cada localidade onde eventualmente seja aplicado, por certo, deverá contemplar o mapeamento dessas características, de modo a conhecer a realidade do agente de saúde (a ser) capacitado.

A pesquisa de campo compôs-se de duas etapas. Na primeira, os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros das EqSF. Dos 42 enfermeiros das EqSF do município, participaram da pesquisa 35 profissionais mediante a abordagem por questionário semiestruturado. Na segunda, realizada com 23 ACS, utilizou-se a técnica de grupo focal, buscando conhecer as ideias e o posicionamento do grupo quanto às diversas ações de ST e quanto à elaboração da proposta pedagógica de capacitação em Visat. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz (CEP Ensp) nº 1.092.111 em 30 de maio de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros reconheceram como atribuição da AB o desenvolvimento de diversas ações de ST: identificação da população trabalhadora; mapeamento das atividades produtivas do território; identificação de fatores de risco;nexo dos agravos com o trabalho; notificação de agravos relacionados no Sinan e ações educativas. Todavia, eles relataram que não desenvolvem essas ações em sua rotina de trabalho. Sobre o trabalho dos ACS, os enfermeiros enfatizaram que as ações de ST podem ser desenvolvidas por esses profissionais. O resultado sugere que os enfermeiros, responsáveis pela supervisão dos ACS, podem apoiar as ações de ST executadas pelos agentes.

Os enfermeiros consideraram que a atuação dos ACS no campo da ST requer habilidades e conhecimentos específicos, o que implica em uma qualificação sólida e permanente. Nesse sentido, para uma formação em Visat, a maioria dos entrevistados constatou que devem ser realizadas ações de educação permanente ao invés de capacitações pontuais, pois, estas, em sua maioria, não produzem o efeito esperado.

Identifica-se na fala dos enfermeiros a demanda de que eles também sejam qualificados, para que possam acompanhar e apoiar o trabalho dos ACS executando as ações da forma mais harmônica possível. Essa preocupação demonstra que os profissionais de enfermagem se sentem, de fato, responsáveis pelo trabalho desenvolvido pelos ACS, haja vista que no espaço da AB, especialmente da EqSF, o enfermeiro é o trabalhador mais próximo do cotidiano dos ACS. Chiavegatto (2010) acrescenta que a AB capacitada pode ter condições de atuar com bom nível de resolubilidade no campo saúde e trabalho.

Os enfermeiros discutiram também a função do Cerest e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no sentido de apoiar os ACS na execução das ações de ST. Os entrevistados compreendem que essas estruturas são responsáveis pelas capacitações em ST e são instâncias que podem realizar o matriciamento em Visat.

Apesar de o Cerest, porém, ter sido caracterizado pelos informantes dessa etapa como responsável pelas capacitações, é visto por alguns enfermeiros como um setor distante da AB, o que sinaliza para a necessidade de ele construir um espaço de discussão. Chiavegatto (2010) reforça que o Cerest deve buscar uma aproximação com a rede básica, carente dessa relação, de forma mais sistematizada, formalizada e ampliada. Assegura que é preciso também fortalecer ações intersetoriais.

Com relação ao Nasf, a maioria dos enfermeiros identifica que o núcleo é atuante e já desenvolve ações nas EqSF, a exemplo de atendimento em grupo, atendimento individual, atendimento individual compartilhado, educação em saúde, entre outras ações. Para os enfermeiros, o Nasf tem uma relação consolidada com os ACS, embora seja necessário ampliar o olhar para as ações de ST.

Os dados revelam uma oportunidade de capacitação e educação permanente para toda a rede de AB, abrindo espaço para a discussão do papel do Cerest e do apoio oferecido pelo Nasf. A capacitação é importante, mas sozinha não será capaz de promover mudança no sentido da real incorporação de ações de ST no SUS. A discussão dessas ações precisa adentrar o espaço político e se inserir na agenda dos gestores dos três níveis de governo.

Dos ACS que participaram do grupo focal, 83% são do sexo feminino, predominância descrita também em outros estudos. A idade apresentou uma média de 39,04 anos, caracterizando uma maioria de adultos jovens exercendo a função. Com relação à escolaridade, 52% dos ACS concluíram o segundo grau, e 13% deles possuem ensino superior completo. Quanto ao tempo de trabalho, observou-se uma média de 10,1 anos, sinalizando uma baixa rotatividade na atividade desse trabalhador.

A técnica de grupo focal permitiu aos ACS discutirem sobre as relações trabalho-saúde-doença: dificuldades e facilidades no desenvolvimento do cuidado à saúde dos trabalhadores; qualificação em Visat; e metodologias de formação.

Para o campo da ST, é essencial que a equipe de saúde reconheça o usuário como trabalhador e compreenda como se dão as relações entre trabalho-saúde-doença. Durante a discussão, observou-se claramente que os ACS reconhecem os trabalhadores de sua área, identificando as ocupações mais comuns, as atividades produtivas mais frequentes em seu território de atuação e, de forma menos sistematizada, alguns riscos ou perigos para a saúde de sua população trabalhadora. Os agentes relataram acesso mais fácil aos trabalhadores autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores de comércios pequenos. Diante da atual configuração das relações de trabalho, das atividades produtivas desenvolvidas no espaço domiciliar e peridomiciliar, bem como dos possíveis fatores de risco que podem expor trabalhadores e comunidade, é necessário preparar os ACS para o reconhecimento e enfrentamento dos problemas que envolvam as relações trabalho-saúde-doença associadas a esse tipo de atividades produtivas.

Outra situação abordada na discussão diz respeito ao tipo de orientação fornecida pelos ACS aos usuários trabalhadores. Os agentes utilizam muito os saberes do senso comum, o que decorre da falta de instrumentos, tecnologias e saberes para as diversas dimensões esperadas de seu trabalho. Resultado semelhante foi encontrado por Silva (2009) em seu estudo, em que destaca o uso pelos agentes do saber 'emprestado' dos profissionais da equipe, como médicos e enfermeiros. Reitera que, quando estes saberes são insuficientes, os agentes levam os próprios profissionais à casa ou o caso à unidade de saúde.

Os agentes relataram dificuldade em orientar a comunidade sobre a adoção de medidas de prevenção, pois não se sentem preparados para a identificação de alguns riscos relacionados ao trabalho, por não conhecerem as doenças e, muitas vezes, os tipos de instrumentos que podem ser usados para proteção do trabalhador.

Com relação à discussão sobre Visat, o conceito presente nas falas dos sujeitos apro-

xima-se de uma ação que objetiva identificar falhas na execução das atividades nos locais de trabalho, que vão desde as fábricas às lavouras, sendo também compreendida como prática educativa no sentido de orientar os trabalhadores a adotarem medidas de prevenção.

Daldon e Lancman (2013) discutem que o papel da Visat não é apenas fiscalizador, mas também educativo, sensibilizador e mobilizador de ações transformadoras que precisam ocorrer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem articulada intersetorialmente. Suas ações não se voltam apenas para o trabalhador, mas também para os gestores das empresas que devem ser sensibilizados para a importância das mudanças.

O último ponto de discussão nos grupos focais permitiu identificar uma demanda dos ACS por capacitação para o desenvolvimento das ações de Visat. No decorrer da discussão sobre Visat, os ACS afirmaram com bastante ênfase a necessidade de qualificação para a execução das ações de Visat: “Eu enquanto trabalhadora pra ‘tá’ vigiando, fazendo a vigilância em saúde do trabalhador, eu precisaria de uma capacitação mais detalhada, mais aprofundada pra gente, porque a gente já faz o básico. Só por cima mesmo” (COELHO, 2016, p. 123).

Observou-se, também, na fala dos agentes, a necessidade de um processo de capacitação para todos os profissionais da AB (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem etc.), no sentido de conferir maior resolutividade aos problemas identificados, discutir e planejar as ações de ST. Chiavegatto (2010) concluiu em seu estudo que os profissionais de nível superior que atuam na AB carecem de capacitação no campo da ST. A autora afirma que as ações de ST já fazem parte da rotina da AB, faltando apenas sistematizar e prover a esses profissionais os instrumentos adequados e o suporte técnico e político necessário para o seu desenvolvimento de forma mais efetiva e resolutiva.

Os sujeitos elencaram diversos conteúdos para a proposta pedagógica de qualificação em Visat: as relações trabalho-saúde-doença; conceitos básicos do campo da ST e de Visat; legislação trabalhista, previdenciária e sanitária; Sinan; e as atribuições dos ACS na Visat.

No que tange à metodologia de formação em Visat, os ACS foram unânimes em afirmar que desejam uma qualificação participativa, dinâmica, que associe conteúdos teóricos a experiências práticas e com carga horária mais extensa. Algumas falas foram emblemáticas:

(i) Uma capacitação interativa, dinâmica. Porque muitas vezes a capacitação ela se torna muito monótona, só falando.

(ii) Eu também acho que a gente deveria ‘tá’ conhecendo setores. Estar levando a gente pra ficar conhecendo, fazer uma visita.

(iii) Trazer relatos de caso pra gente entender melhor. Porque tudo isso aí vai facilitar pra gente entender e até mesmo passar pra comunidade.

(iv) Seria bom uma capacitação de 40 horas e só com os ACS. Colocar pra participar mesmo, entendeu? E se esse caso, por exemplo, for lá na sua área, você faz o que? Aí depois vir explicando a forma correta de como faria. (COELHO, 2016, p. 127).

As falas expõem o desejo dos sujeitos de participar de algo que ultrapasse as barreiras da capacitação e que se constitua num processo de educação permanente. De acordo com a PNEPS, as bases definidoras dos processos formativos das equipes devem ser a problematização do processo de trabalho e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, o que também foi expresso pelos entrevistados.

Assim, o enfoque da educação permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Inverte a lógica do processo, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana dos serviços e às práticas sociais e de trabalho, no contexto real em que ocorrem. A educação permanente propõe a modificação substancial das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problematização do próprio fazer, e aloca os trabalhadores como atores reflexivos construtores de alternativas de ação, ao invés de meros receptores.

CONSTRUINDO SEUS PROCESSOS DE APRENDIZADO PARA APRENDER A ENSINAR

Em face do atual contexto social e educacional, é imperativo rever posturas e desenvolver projetos pedagógicos inovadores, favoráveis a uma práxis que caminha no sentido da cidadania e participação ativas, compreendendo a educação como uma prática formativa de sujeitos históricos. Este capítulo do estudo tem por objetivo apresentar a proposta pedagógica construída a partir do discurso dos sujeitos.

A discussão nos grupos focais foi capaz de instrumentalizar a construção de uma proposta pedagógica de qualificação em Visat para os ACS e se constituiu numa experiência ímpar de valorização do trabalho dos agentes. Ao possibilitar o diálogo com e entre esses profissionais de saúde para a identificação de conceitos, elementos e saberes necessários à construção de processos de capacitação, ficou evidente a necessidade de desenvolver ações de cuidado aos usuários trabalhadores.

Ao se conferir ao sujeito da ação o legítimo direito de participar da construção de uma prática pedagógica a ele dirigido, o processo de criação se transforma em possibilidade de exercer plenamente a condição de ser humano emancipado, percebendo-se como sujeito sanitário impelido à criação, à abertura, ao coletivo, à utopia. Assim, a educação democrática e emancipatória envolve a participação de todos os sujeitos que fazem parte do processo educativo, constituindo-se num elemento de edificação da autonomia e democracia, sendo,

ao mesmo tempo, oportunidade de aprendizado para todos. O quadro a seguir apresenta a proposta pedagógica construída a partir do discurso dos sujeitos da pesquisa: os ACS.

Quadro 1. Qualificação em Vigilância em Saúde do Trabalhador para os Agentes Comunitários de Saúde

Seção	Metodologia
1 – Quem é o trabalhador?	
Conceito de trabalho	Estudo de caso
Conceito de trabalhador (trabalho formal e informal)	Trabalho em grupo
Processo de trabalho	Assistir ao filme ‘Ilha das Flores’ ou ‘Tempos Modernos’
Trabalho domiciliar	Dramatização
A ST no SUS	
2 – Relação trabalho-saúde-doença na área de abrangência	
Conceito de risco e perigo	Estudos de caso que envolvam trabalho rural, domiciliar, em fábricas de cimento, bloco, reciclagem, calçados, entre outros.
Mapeamento de atividades produtivas	
Identificação da população trabalhadora	Elaborar um diagnóstico situacional em ST
Condições de saúde dos trabalhadores	Discutir o fluxo de encaminhamento dos usuários trabalhadores dentro do SUS
Doenças e agravos do trabalho mais comuns	
3 – O que é Vigilância em Saúde do Trabalhador?	
Conceito de Visat	Estudo de caso
Legislação relacionada à Visat	Visita institucional ao Cerest e aos dispositivos que oferecem suporte à ST
Visat na Atenção Básica	
Atribuições do ACS em Visat e cuidado à ST	Visita técnica a um ambiente de trabalho da área de abrangência
O que é o Cerest	Preenchimento das fichas do Sinan
Parceiros nas ações de Visat	
Fontes de dados em ST	
4 – Direitos previdenciários	
Tipos de segurado	Trabalho em grupo
Benefícios previdenciários	Estudo de caso
Direitos do trabalhador doméstico	Dramatização

CONCLUSÃO

A EPS trata de redescobrir os sujeitos produtores de saúde, suas relações, suas inquietações e pode ter o potencial de transformar o universo do trabalho na saúde, já que percebe os atores do processo educativo como sujeitos capazes de denunciar e anunciar a realidade, num ir e vir dialogado sobre seu ambiente de trabalho, numa construção coletiva de um conhecimento compartilhado e que, portanto, é significativo para todos.

Embora a capacitação dos ACS em ST seja encarada como um desafio, os enfermeiros consideraram que os agentes podem desenvolver ações no campo da Visat desde que sejam capacitados para tal. Nesse sentido, a capacitação deve ocorrer na perspectiva da educação permanente, já que esta propõe uma mudança das estratégias de educação e nas práticas de capacitação dos trabalhadores.

Em decorrência do papel do ACS, de constituir-se elo entre a equipe de saúde e a comunidade, as ações de ST também fazem parte do seu cotidiano de trabalho, desencadeadas pelo reconhecimento da relação trabalho-saúde-doença. Entretanto, constatou-se que os ACS não possuem preparação específica para lidar com as questões que envolvem a Visat. À medida que os agentes discutiram o conceito e as ações de Visat na AB, eles referiram unanimemente a necessidade de capacitação para a execução das ações.

200

Além dos diversos conteúdos elencados pelos ACS para a construção da proposta pedagógica de qualificação em Visat, eles discutiram sobre a metodologia e o material didático apropriado, o que garantiu a presença das bases teóricas da ST e da Visat na proposta e sua elaboração por meio das falas dos sujeitos. Nesse sentido, o estudo revelou o desejo dos ACS em participar de um processo educativo capaz de transpor as barreiras da capacitação formal, constituindo-se num verdadeiro processo de EPS. Ressalta aos pesquisadores que, além da proposta pedagógica elaborada a partir de suas falas, o processo do estudo, em si, representou uma experiência única de valorização do trabalho desse profissional, conforme sua própria fala. Oportunizar ao protagonista da ação o direito de opinar, interferir e, por fim, apropriar-se de seu próprio processo de educação permanente é promover a liberdade, a autonomia e a cidadania do sujeito.

COLABORADORES

Todos os autores contribuíram igualmente para a produção e revisão do artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, 5. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/051_Cadernos_de_AB_Saude_do_Trabalhador.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120 de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cgp/coord_sudeste/imagens/NEP/PORTARIA_N_198_de_13_de_fevereiro_de_2004.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 24 ago. 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CHIAVEGATTO, C. V. *Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais*. 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COELHO, J. G. *Elaboração de um projeto pedagógico para qualificação dos agentes comunitários de saúde em vigilância à saúde do trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vitória da Conquista, 2016.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na atenção*

primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

MENDONÇA, M. H. H. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MOROSINI, V. M.; CORBO, A. A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, Ginebra. *Alma-Ata*. Ginebra: OMS, 1978.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educacion Permanente, Proceso de Trabajo y calidad de Servicio em Salud. In: HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Org.). *Educacion permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS, 1994.

ROVERE, M. R. Gestion de la Educacion Permanente: uma relectura desde uma perspectiva estratégica. *Educacion, Medicina e Salud*, Washington, v. 27, p. 489-515, 1993.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, T. L. *Contribuição ao processo de capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador*. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do

trabalhador: passos para uma pedagogia. In: CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). *Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: teorias e práticas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. O sujeito sanitário na perspectiva do direito. In: OLIVEIRA, M. H. B. *et al.* (Org.). *Direito e saúde: cidadania e ética na construção de sujeitos sanitários*. Maceió: Edufal, 2013.

VIEIRA, M. C. F.; DIAS, E. C.; MATTOS, R. C. Contribuição da atenção primária à Saúde do Trabalhador no domicílio. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

Capítulo 12

Saúde do trabalhador no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2014

Rozana Gomes Martins
Eliana Napoleão Cozendey-Silva
Luciana Araújo dos Reis
Liliane Reis Teixeira

INTRODUÇÃO

A extensão e a complexidade dos problemas inerentes à vivência da cronicidade de uma doença estimulam o seu estudo, especialmente no tocante à atenção especial que deve ser dada aos seus portadores. Nesse âmbito, encontram-se as doenças relacionadas com o trabalho (BRASIL, 2008), a crescente mobilização social e política para lidar com a relação trabalho-saúde e doença no Brasil (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; DIAS; HOEFEL, 2005; BRASIL, 2012) e as ações de saúde do trabalhador atribuídas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Por saúde do trabalhador “compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

À luz da saúde enquanto direito, este capítulo enfoca a atenção à saúde dos trabalhadores adoecidos em decorrência do trabalho no município de Vitória da Conquista, a partir do acesso ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Na abordagem do tema é apresentada uma breve incursão na transformação do quadro de morbimortalidade brasileira.

ANTECEDENTES

As mudanças históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm refletido nos tipos e espécies de problemas de saúde enfrentados pela população, incluindo a trabalhadora. Percebe-se, nas últimas décadas, que o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico (BATISTELLA, 2007; DUARTE; BARRETO, 2012), caracterizado pela evolução

progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro no qual predominam os óbitos por doenças crônico-degenerativas e de causas externas. Ocorre que, no Brasil, esse processo adquiriu características de uma ‘transição incompleta’, graças à persistência de doenças infecciosas somadas às crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse contexto exige “a reunião de diferentes disciplinas articuladas em torno de uma mesma temática” (PORTO; ALMEIDA, 2002, p. 340), a interdisciplinaridade, a fim de reunir as possibilidades de produção de conhecimento multidisciplinar para o enfrentamento, em particular, de cenários complexos na perspectiva de garantir, aos trabalhadores, o direito à saúde assegurado juridicamente (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

No Brasil, conforme destaca Zinet (2012), a incidência de acidentes fatais e doenças relacionadas com o trabalho tem aumentando consideravelmente. Por exemplo, segundo dados da Previdência Social, de um total de 720 mil acidentes, mais de 2.500 resultaram em mortes, além de mais de 15 mil afastamentos do trabalho por incapacidade permanente.

Tais acidentes também acarretam impacto orçamentário, tendo sido gastos, em 2010, cerca de R\$11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente (ZINET, 2012). Ainda, de acordo com o autor, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) contabilizou nada menos que 12 mil trabalhadores recebendo auxílio-doença, e 1,3 mil afastados por invalidez por acidente permanente (DALDON; LANCMAN, 2013).

O número de acidentes e doenças cresceu cerca de 10%, e os maiores alvos são trabalhadores com idade entre 20 e 40 anos. Segundo Oliveira (2013), os trabalhadores da construção civil constituem um grupo de pessoas que realizam sua atividade laboral em ambiente insalubre e de modo arriscado. Geralmente são atendidos inadequadamente em relação aos salários, alimentação e transporte; possuem pequena capacidade reivindicatória e, possivelmente, reduzida conscientização sobre os riscos aos quais estão submetidos; já as indústrias de fiação e tecelagem ficam no segundo lugar, pois causam doenças por conta de ruídos do maquinário antigo. Por último, os bancos, que lotam o INSS por meio de funcionários com Lesão por Esforço Repetitivo (LER).

Os acidentes, assim como os adoecimentos decorrentes das condições de trabalho, têm ocorrido mediante a pressão, sobre os trabalhadores, para o atingimento de metas, a falta de normatização dos procedimentos e o pouco tempo de treinamento que os trabalhadores têm na empresa para desempenhar suas funções. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), no estado da Bahia, em 2013, houve uma gama considerável de trabalhadores afetados pelas doenças relacionadas com o trabalho, especialmente a cidade de Vitória da Conquista, que se encontra situada na região Sudoeste do estado.

Nessa perspectiva, o estudo realizado enfoca a atenção à saúde dos trabalhadores adoecidos em decorrência do trabalho no município de Vitória da Conquista, a partir das condições de acesso ao Cerest.

Este estudo foi motivado pelo crescimento do número de trabalhadores atendidos, diagnosticados e submetidos a tratamentos de saúde na cidade de Vitória da Conquista, que se tornou um polo nessa área, abrangendo um raio de 80 municípios, cujos pacientes se deslocam diariamente para atendimento na cidade. Além disso, a cidade é a terceira maior do estado da Bahia, geradora de emprego e renda por meio do seu importante centro comercial, de educação, de saúde e de serviços e lazer.

É possível perceber que tal demanda exige da cidade uma contínua atenção voltada para a organicidade das funções e atividades dos serviços de saúde do trabalhador, em consonância com as evoluções tecnológicas e as demandas sociais, bem como com os processos produtivos de sua área de abrangência. Daí surge a necessidade de integração entre sociedade e instituição acadêmica, cujas pesquisas podem gerar subsídios para melhor planejamento de educação permanente dos profissionais do SUS/equipe técnica interdisciplinar e assessoria no que concerne à elaboração das políticas públicas e auxílio à iniciativa privada, ambas voltadas para o atendimento à saúde do trabalhador adoecido nesse município, nos 19 municípios pactuados da Regional e, ainda, nos 73 municípios da macrorregional.

A presente pesquisa apresenta uma visão do acesso ao SUS, na cidade de Vitória da Conquista, englobando as áreas da saúde do trabalhador e aspectos legais. O elo de ligação entre a questão dos agravos à saúde em decorrência das condições de trabalho, a saúde do trabalhador e o direito é alicerçado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) que explicita a concepção da saúde como direito de cidadania garantida pelo Estado, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Assim, a principal relação entre as questões de saúde do trabalhador e o direito se estabelece com o direito da saúde, em que impera, entre outros princípios, o da prioridade de ações preventivas, da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade moral e física mediante a implementação de políticas sociais e econômicas, visando garantir a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde, seja por meio da promoção, da proteção ou da recuperação (BRASIL, 1990; USSIER, 2012).

De tal modo, as ações de saúde do trabalhador, segundo a Lei (BRASIL, 1990), compreendem um conjunto de atividades que inclui as vigilâncias epidemiológica, sanitária de saúde do trabalhador e ambiental, disciplinando claramente não só as medidas para a promoção e proteção da saúde do trabalhador, mas também as relativas ao controle dos fatores determinantes de agravos à saúde no âmbito da relação trabalho-saúde e doença, realizadas por equipe técnica interdisciplinar.

Partindo do enfoque da atenção à saúde trabalhador, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar o acesso ao serviço e as ações de saúde do trabalhador realizadas no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2014, centrando-se em descrever o

atendimento aos trabalhadores e analisar os relatórios de ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo Cerest de Vitória da Conquista.

MÉTODOS

Esta pesquisa, segundo os seus objetivos, é do tipo explicativa e descritiva, tendo em vista que “pretende identificar fatores que contribuem para a ocorrência e o desenvolvimento de um determinado fenômeno” (GONSALVES, 2007, p. 68). Por se tratar de um trabalho de natureza diversificada, foram permitidos os tipos de pesquisa de base teórica e prática.

O estudo baseou-se em pesquisa bibliográfica e documental que teve como fonte de dados os cadastros de trabalhadores atendidos pelo Cerest de Vitória da Conquista, Bahia. Utilizaram-se os relatórios anuais e de atendimentos do órgão para fazer a análise, identificando a quantidade de atendimentos, o sexo dos trabalhadores adoecidos, as especialidades, a situação do trabalhador quanto à sua inserção no mercado de trabalho, quantidade de encaminhamentos ao SUS, além das ações de vigilância em saúde do trabalhador, executadas pelo serviço.

Como mencionado, além do levantamento e análise dos dados coletados no Cerest de Vitória da Conquista, o presente estudo também foi de cunho bibliográfico. Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica consiste no exame da literatura científica, por meio da identificação e análise do que já foi publicado sobre determinado tema. Assim, esta pesquisa bibliográfica foi baseada na recuperação da produção científica pautada nas doenças relacionadas com o trabalho e com a saúde do trabalhador no SUS, além de textos orientadores da Rede Nacional de Atenção à Saúde (Renast), realizada a partir de periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em Áreas Temáticas da BVS – Ministério da Saúde.

A presente pesquisa foi realizada no Cerest de Vitória da Conquista. Nesta cidade, os serviços especializados de referência para a assistência em saúde do trabalhador são oferecidos no Centro Municipal de Atendimento Especializado (Cemaee) dispendo de 27 especialidades médicas e Centro Municipal de Reabilitação Física (Cemerf) que presta assistência à pessoa portadora de deficiência física, auditiva e problemas motores. Os trabalhadores podem também ser referenciados para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A rede de urgência e emergência é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e hospitais públicos e privados conveniados para atendimento de média e alta complexidade, atendendo os trabalhadores com agravos e adoecimentos relacionados ao trabalho, segundo dados do Cerest (2013, 2014).

A unidade do Cerest de Vitória da Conquista, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do município, objeto deste estudo, foi criada com o objetivo de atender questões relativas à saúde dos trabalhadores, tendo sido implantada pela Renast, por meio da Portaria n° 1.679 do

Governo Municipal, de 19 de julho de 2002, e da Portaria nº 2.437 do Governo Municipal de, 7 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Renast (BRASIL, 2005).

A unidade atende aos 19 municípios pactuados da Regional e apoia 73 municípios da macrorregional. Além de prestar assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou acidentes relacionados com o trabalho, o Cerest de Vitória da Conquista também realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador, por natureza, é um campo interdisciplinar e multiprofissional, haja vista que as análises dos processos de trabalho, por sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Assim, os trabalhadores são atendidos no serviço por uma equipe de profissionais multidisciplinar que realiza o acolhimento; após construção de conhecimento comum, caso seja constatada a relação de vínculo da enfermidade com o trabalho, inicia-se a avaliação donexo causal feita pelo médico especialista. Em alguns procedimentos, o trabalhador poderá ser atendido no ambulatório do serviço por psicólogo, enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e ainda poderá ser referenciado a outros serviços da rede SUS.

Enfatiza-se que o Cerest não funciona como porta de entrada para o SUS, mas como núcleo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e da produção social do processo saúde-doença, em todos os níveis de atenção e na vigilância em saúde. Então, para efeito de análise deste estudo, o Cerest deve subsidiar, tecnicamente, as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

No período em que se desenvolveram as atividades da pesquisa, a equipe do Cerest era composta por dois médicos do trabalho, sendo que um deles era voluntário, atuando em atividade de extensão acadêmica da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), três enfermeiros, uma assistente social, um técnico em segurança do trabalho, quatro técnicos de recepção, um médico neurologista, que era responsável pela realização do exame denominado eletroneuromiografia (realizado duas vezes por mês), um motorista, um segurança patrimonial e um auxiliar de serviços gerais. A atenção aos trabalhadores ficava a cargo dos dois médicos do trabalho, da assistente social, da fisioterapeuta e da psicóloga, e o restante da equipe se dedicava à recepção do serviço e vigilância dos ambientes de trabalho.

A população estudada foi composta pelos trabalhadores atendidos pelo Cerest de Vitória da Conquista, devidamente registrados, cujos nexos de causalidades entre o adoecimento verificado e as condições de trabalho foram fechados pelo médico do serviço durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. A amostra foi representada por 256 trabalhadores, sendo 55 em 2010, 26 em 2011, 53 em 2012, 71 em 2013 e 51 em 2014.

Foi adotada ficha de coleta de dados por ano estudado para possibilitar a apresentação de conclusões ou resultados que possam ser expressos numericamente, em proporções. Os

dados coletados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Programa Excel® e posteriormente transportados para uma planilha do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, no qual foi realizada a análise estatística descritiva, sendo os dados apresentados em gráficos e quadros. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob o parecer 1.215.490.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme apresentado no *gráfico 1*, verificou-se que, em 2013, houve aumento da demanda, com um maior número de atendimentos (n=71 atendimentos) e confirmação de nexos com doenças relacionadas com o trabalho (*gráfico 3*), comparado aos quatro anos observados. O menor número de atendimentos foi observado em 2011 (n=26 atendimentos),

O presente estudo identificou que há apenas dois médicos no serviço, sendo um voluntário em trabalho de extensão acadêmica, que atendem durante apenas dois turnos por semana, em uma unidade que tem a responsabilidade de atender à demanda dos 19 municípios pactuados da Regional e apoiar os 73 municípios da macrorregional. Observou-se que os trabalhadores encaminhados à unidade chegam a esperar pelo período de cinco meses para a primeira consulta, todavia, não foram evidenciados os meios para a resolução da situação-problema.

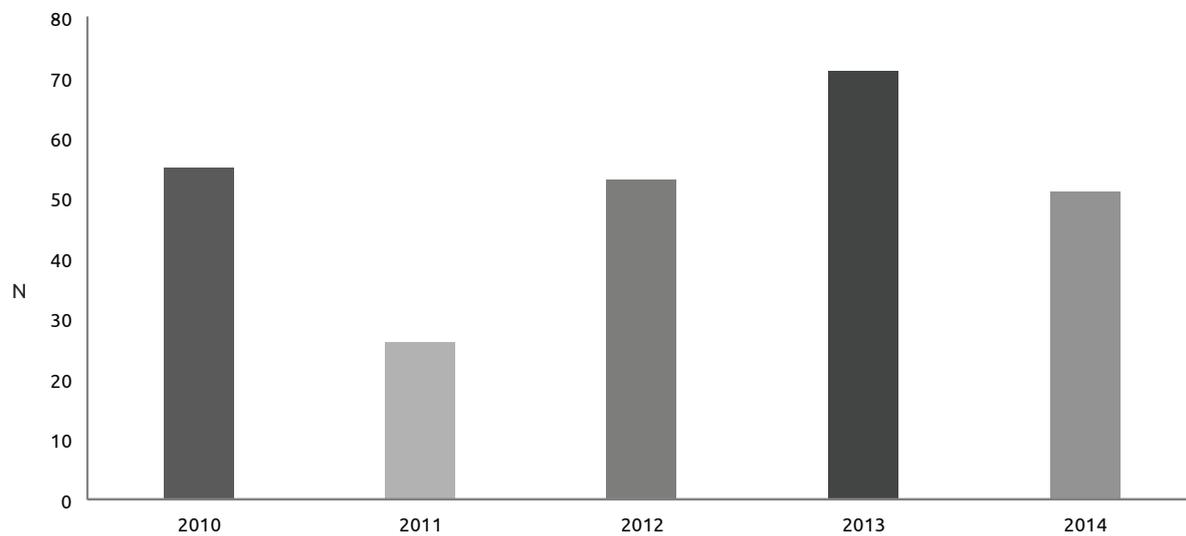
À luz do direito da saúde, no que se refere à saúde do trabalhador enquanto campo de atuação, observa-se no cenário acima o dilema tratado epistemologicamente no artigo de Minayo-Gomez e Thedim-Costa, publicado em 1997, ou seja, há dificuldade do setor saúde em reabsorver seu papel de intervir no processo trabalho-saúde e doença e a deficiência de recursos humanos, particularmente com formação em saúde do trabalhador, implicando limitação do Estado em promover a saúde do cidadão que trabalha.

A carência de profissionais para atenção à saúde do trabalhador no Cerest de Vitória da Conquista (cenário identificado) e a relação entre quantidade de atendimentos realizados no ano de 2013 e quantidade de relatórios de nexos fechados pelos médicos do serviço (*gráfico 3*) sugerem a existência de demanda reprimida em anos anteriores, podendo ser uma das razões do aumento de nexos com doenças relacionadas com o trabalho naquele ano.

A pesquisa corrobora o verificado por Sachet (2011) quanto aos motivos pelos quais as pessoas buscam o Cerest Regional de Porto Alegre (RS). Os dados coletados pelo presente estudo apontaram que 50,9% procuram esse serviço somente para tratamento clínico; 39,4% vêm solicitar tratamento de saúde e a elaboração de um laudo para a perícia do INSS; 5,5% visam obter a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e uma avaliação por profissional do serviço; e, 3,7% vêm requerer somente uma avaliação para emissão da CAT ou para a realização de um laudo.

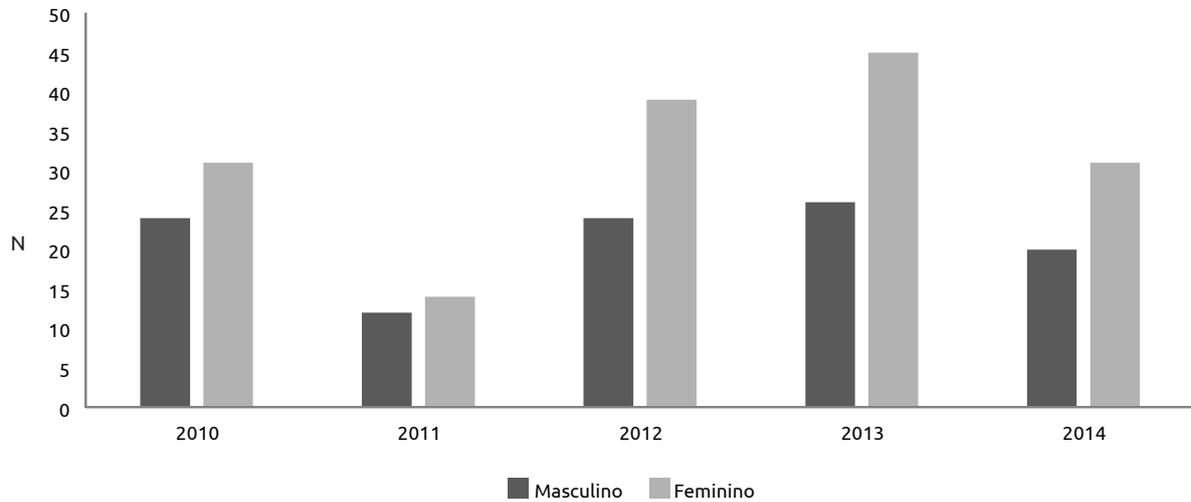
Embora a demanda por acompanhamento clínico tenha se mostrado preponderante, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012) atribui ao Cerest a missão de núcleo de inteligência, colocando-o como articulador das ações intra e intersetoriais, e de apoio técnico especializado para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde do trabalhador na rede de saúde, juntamente com as áreas técnicas de saúde do trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais.

Gráfico 1. Distribuição do número de atendimentos que tiveram relatórios de nexos fechados por ano estudado. Vitória da Conquista (BA), 2016



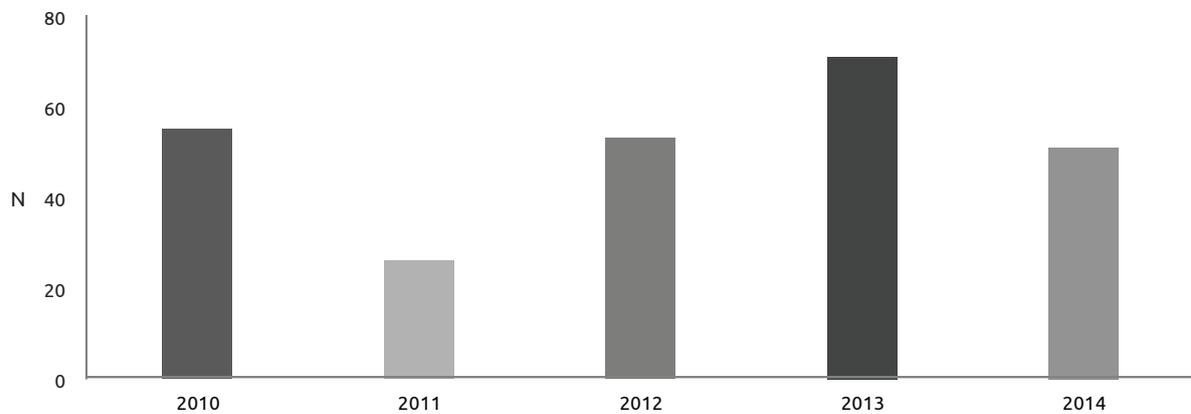
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao gênero, observou-se que houve predomínio de atendimento do sexo feminino nos anos avaliados (*gráfico 2*). Esse achado corrobora estudo realizado por Marques *et al.* (2015), no qual se verificou também a predominância do gênero feminino (92,9% dos casos), o que pode ser explicado não somente por se tratar de profissionais de enfermagem, com predomínio do gênero feminino, mas também pelo fato da maioria delas serem responsáveis pelas atividades domésticas, implicando dupla jornada de trabalho e o favorecimento do adoecimento. O estudo enfatiza que as mulheres, em média, procuram o serviço de saúde 1,9 vez mais do que os homens, guardando identidade com o estudo realizado por Sachet (2011), no período de 2006 a 2009, no Cerest Regional de Porto Alegre, onde foi observado que 65,5% das mulheres procuraram mais o serviço do que os homens (34,3%).

Gráfico 2. Distribuição quanto ao sexo segundo ano. Vitória da Conquista (BA), 2016

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos nexos causais, conforme discutido anteriormente, constatou-se que houve maior distribuição no ano de 2013 (n=62 nexos) e uma menor distribuição em 2011 (n=22 nexos), conforme apresentado no *gráfico 3*. Os acidentes de trabalho e as manifestações de adoecimento comnexo laboral, ou seja, desfecho advindo da exposição do trabalhador a condições nocivas de trabalho resultando em adoecimento físico e/ou mental, são processos bastante antigos uma vez que as condições de vida e de trabalho dos operários na Inglaterra do século XIX eram as responsáveis por um conjunto de adoecimentos e morte dos operários (ENGELS, 2008).

Gráfico 3. Distribuição quanto aos nexos causais verificados segundo ano. Vitória da Conquista (BA), 2016

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Santos Filho (2007), no caso do Brasil, a atribuição de culpa aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho é apontada como um mecanismo para desresponsabilizar engenheiros e profissionais de segurança, assim como a direção e as próprias empresas, do mesmo modo que as instituições públicas envolvidas por sua falta ou modo de ação. A culpabilização das vítimas, pelas empresas, não implica responsabilização ou ação judicial pelos danos materiais causados aos trabalhadores envolvidos e/ou seus familiares, fato que não contribui para a redução dessa prática pelas organizações.

Conforme apresentado no *quadro 1*, da análise detalhada do relatório de vigilância, percebe-se que um estabelecimento inspecionado não informou o número de trabalhadores beneficiados no ano de 2014, apresentando redução neste item, o que fragiliza, em parte, as informações coletadas pelo serviço em relação à esta variável.

A inspeção realizada no ano de 2013 ocorreu na residência de familiares do trabalhador falecido, cuja ação do serviço teve origem em demanda judicial que apurava irregularidade em empresa de mineração, com benefício de 24 trabalhadores do município de Bom Jesus da Serra (*quadro 1*). A articulação ocorrida neste caso, entre o Poder Judiciário e o serviço, apesar de incipiente, demonstrou um caminho a ser perseguido na perspectiva de reduzir a desarticulação institucional no campo saúde do trabalhador, uma vez que, do cotejo com o *quadro 1*, percebe-se a ocorrência de 14 notificações ao Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) de acidentes de trabalho graves e com óbito.

Quadro 1. Ações de vigilância por meio de inspeções no período de 2013-2014. Vitória da Conquista (BA), 2016

Ações	2013 N	2014 N
Inspeções para mapeamento de risco		
Número de estabelecimentos inspecionados	13	04
Número de trabalhadores beneficiados	1.520	459
Número de inspeções realizadas	25	06
Inspeções para investigação de acidentes de trabalho com óbitos		
Número de estabelecimentos inspecionados	01	01
Número de trabalhadores beneficiados	24	05
Número de inspeções realizadas	16	01

Ações	2013 N	2014 N
Vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador		
Número de municípios notificando agravos de doenças relacionadas ao trabalho	34	08
Número de unidades de saúde notificantes	43	1.090
Número de declarações de óbitos investigados	07	07
Número de casos confirmados de mortes relacionadas ao trabalho	07	07
Número de notificações de acidentes graves e com óbitos no Sinan	07	07

Fonte: Cerest (2013, 2014).

Quanto às informações sobre realização de procedimentos de atenção à saúde do trabalhador nas unidades de saúde de Vitória da Conquista e dos municípios de abrangência nos anos de 2013 e 2014, merece destaque o fato de que os trabalhadores adoecidos em decorrência de agravo relacionado com o trabalho praticamente não tiveram acompanhamento nos anos representados pelos gráficos, demonstrando distanciamento da realidade social desses trabalhadores com o serviço. No tocante às ações de educação permanente em saúde do trabalhador, percebe-se importante redução do número de ações no ano de 2014 em relação ao ano de 2013, o que não se apresenta ideal, em razão da importância que deve ser atribuída ao controle social para o sucesso das ações do Cerest, como verificado em estudo realizado por Dias *et al.* (2009), o qual reforça o entendimento de que um Conselho bem estruturado é essencial para o provimento e a gestão de recursos, particularmente, diante das mudanças nos processos de financiamento e de repasse de recursos para a Renast.

Evidenciou-se, ainda, que os adoecimentos guardam nexos de causalidade com as condições de trabalho dos examinados. Entretanto, constatou-se no presente estudo uma discrepância entre a quantidade de atendimentos em saúde do trabalhador, realizados no Cerest de Vitória da Conquista, e a quantidade de relatórios de nexos fechados, sugerindo existência de demanda reprimida no que se refere ao acesso pelos trabalhadores atendidos ao referido documento, salienta-se que o ele prescinde de informações que se considere a dimensão social do adoecimento daquele trabalhador, denunciando superficialidade na investigação.

Revela-se ainda necessária uma aproximação do serviço ao trabalhador adoecido ou com seqüela decorrente de adoecimento, por meio de ações que possibilitem condições de acompanhamento dele pelo serviço.

Quanto à caracterização do gênero dos indivíduos atendidos no Cerest, houve um maior predomínio do sexo feminino nos anos avaliados, e verificou-se uma procura maior do serviço pelas trabalhadoras. Todavia, quando se trata de ocorrência de acidente de trabalho grave, os homens são maioria.

Referente aos tipos de doenças detectados, as físicas foram as mais frequentes em todos os anos, em relação às enfermidades de natureza psíquica, adquiridas em função de condições nocivas de trabalho, apontando para um aumento das doenças crônico-degenerativas, destacando os setores educação e saúde com maiores incidências de transtornos.

Quanto à natureza das incapacidades verificadas, constatou-se que foram mais frequentes as classificadas como parcial nos anos avaliados, em detrimento das consideradas totais, sobretudo aquelas relacionadas com as lesões osteomusculares e transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com foco no processo de atenção à saúde do trabalhador, analisou-se o acesso ao serviço prestado pelo Centro, bem como as ações de saúde do trabalhador realizadas no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2014. Com base em seus resultados, e diagnóstico local, o presente trabalho contribui para o campo e para a Gestão Municipal, subsidia o planejamento de ações e elaboração de políticas para o setor. É a partir dessa premissa que são apresentadas as proposições a seguir.

Elaborar estudos para implementação, na Secretaria Municipal de Saúde, de um sistema eficaz de registro e informação, com suporte técnico adequado, para que sejam efetuados todos os registros de doenças e acidentes relacionados com o trabalho no município de Vitória da Conquista, nos 19 municípios pactuados da Regional e 73 municípios da macrorregional, mantendo-se a devida alimentação com dados eficazes e mais importantes. Devendo ser de fácil acesso, haja vista a necessidade de construção de uma série histórica, que proporcione uma avaliação mais fidedigna da situação epidemiológica, esclarecendo o reflexo social de tais ocorrências.

As ações de vigilância, por meio de inspeções em ambiente e processo do trabalho, pela natureza preventiva com que se apresentam, também necessitam de incremento, pois a quantidade realizada nos anos de 2013 e 2014 mostrou-se incipiente, considerando-se a amplitude da área de abrangência da unidade.

Investir na composição das equipes revela-se estratégia primordial. Os vínculos precários de muitos dos seus técnicos e a consequente rotatividade inviabilizam ações importantes do serviço, sobretudo quanto aos profissionais médicos e coordenadores do serviço. Merece destaque o fato de que a capacitação, ou formação em situação de trabalho, é apontada pela PNSTT como um dos principais meios de empoderamento do setor público,

sem falar na postura motivadora que ela pode provocar. Nesse sentido, a manutenção e incremento de programas e projetos de capacitação para os profissionais integrados à rede revelam-se uma importante política no enfrentamento a algumas das deficiências verificadas, principalmente em relação à carência de profissionais conscientes da importância do papel social que estão investidos.

No que se refere à atenção integral em saúde do trabalhador, demonstra-se incipiente o acompanhamento feito pela unidade aos trabalhadores acometidos de seqüela e agravo relacionado com o trabalho, evidenciando um distanciamento da unidade em relação à realidade social dos trabalhadores atendidos.

É possível reconhecer os avanços referentes às notificações dos agravos à saúde do trabalhador, embora se tenha muito a avançar quanto à redução de subnotificações. Torna-se premente a necessidade de aprofundamento da análise e investigação dessas informações para definição e implementação das ações em vigilância em saúde do trabalhador, na perspectiva da redução da fragmentação dessas.

COLABORADORES

R. G. M. – contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e interpretação dos dados, a elaboração do manuscrito e sua revisão crítica.

E. N. C. S. – contribuiu para a análise, a elaboração do manuscrito e para a revisão crítica do conteúdo.

L. A. R. – contribuiu para a análise, interpretação dos dados, elaboração do texto e revisão crítica do conteúdo.

L. R. T. – contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e interpretação dos dados e a revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, C. E. C. Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. A. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 121-158.

BRASIL. Constituição (1988). Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 18 nov. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 set. 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1679.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 7 dez. 2005. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria2437.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST). Ações do CEREST de Vitória da Conquista. *Relatório*. Vitória da Conquista. 2013.

_____. Ações do CEREST de Vitória da Conquista. *Relatório*. Vitória da Conquista. 2014.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, jun. 2013.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, dez. 2005.

DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, dez. 2009.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2008.

GONSALVES, E. P. *Conversas sobre iniciação à pesquisa científica*. Campinas: Alínea, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2013 – Resultados do universo*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2014.

MARQUES, D. O. *et al.* Absenteeism – illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 68, n. 5, p. 594-600, 2015.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32 de 1997.

OLIVEIRA, S. *Dados de acidente do trabalho de 2013*. São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/documents/1199940/1207004/Estat%C3%ADstica>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

SACHET, P. *Agravos à saúde mental de trabalhadores atendidos em um CEREST*. 2011. 49 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011.

SANTOS FILHO, S. B. *Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanisaSUS*. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

USSIER, J. L. O sistema jurídico usado em benefício do trabalhador. In: MATTOS, R.; DIAS, E. (Org.). *Curso saúde do trabalhador e ecologia humana*: caderno do aluno. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 87-142.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. *Caros amigos*, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

Capítulo 13

Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Vitória da Conquista (BA): contribuições para a gestão municipal

Maria Edy da Hora Oliveira
Luciana Araújo dos Reis

INTRODUÇÃO

O tema ‘acidente de trânsito’ e suas consequências tem atraído o interesse de diversos autores em todo o mundo e fomentado estudos, entre eles, sobre perfis epidemiológicos específicos de algumas regiões.

Presume-se que o interesse dos estudiosos do assunto decorra das estatísticas dos órgãos oficiais demonstrando os alarmantes índices de acidentes de trânsito, com sequelas e mortes registradas no decorrer do tempo, bem como dos noticiários que, diariamente, divulgam eventos trágicos relacionados com o trânsito.

Indubitavelmente, a redução dos acidentes de trânsito a índices cada vez menores é de interesse de todos, já que estão eles, umbilicalmente, atrelados a direitos fundamentais do ser humano como a vida e a saúde, direitos estes que parecem estar constantemente ameaçados, em decorrência do risco que as pessoas estão expostas no dia a dia, em face da premente necessidade que possuem de se mobilizar dentro de um centro urbano.

Segundo Diógenes Júnior (2012), os direitos fundamentais são aqueles considerados essenciais para qualquer ser humano, independentemente de qualquer qualificação pessoal, constituindo um núcleo intangível de direitos deles catalogados na ordem jurídica do País.

Segundo Libardi (2014), a Organização das Nações Unidas (ONU), centrando-se no problema relacionado com a mobilidade urbana e com os direitos humanos, publicou, em 2013, o ‘Planning and Design for Sustainable Urban Mobility: Global Report on Human Settlements (GRHS)’. Entre os temas abordados, está a relação entre mobilidade e forma urbana; o acesso à mobilidade e o impacto da motorização na saúde e no meio ambiente.

Sob a ótica da saúde pública, cumpre ressaltar que, no Brasil, segundo registros de

óbitos mais recentes do Ministério da Saúde, ocorreram 38.273 mortes no trânsito apenas no ano de 2008, quase 10 mil a mais do que o número registrado nos 8 anos anteriores, representando um gasto de R\$ 185 milhões com a internação de vítimas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014a).

Pelas estatísticas oficiais, evidencia-se que, há décadas, os acidentes de trânsito têm sido um problema de saúde coletiva, merecendo, assim, total atenção dos órgãos oficiais de gestão do trânsito e da saúde pública, no sentido de tornar mais eficientes os sistemas de registros das ocorrências, visando subsidiar estudos dos perfis epidemiológicos locais com o objetivo de implementar ações de intervenção voltadas para a efetiva redução dos acidentes e, conseqüentemente, minorar o seu impacto na saúde pública.

Ao que se presume, pela análise empírica da questão, essa trágica rotina que ultrapassa o tempo e o espaço geográfico, aos olhos dos que não estão diretamente envolvidos nos acidentes de trânsito, pode parecer fato comum e corriqueiro. Entretanto, para as vítimas e seus familiares, transforma-se em drama, causa dor, sofrimento, sentimento de indignação e insegurança, principalmente quando se tem como consequência a incapacitação física, danos psicológicos ou a morte de seus entes queridos.

Parece inconteste a estreita relação entre a questão dos acidentes de trânsito e o direito à saúde pública, sendo esta um direito fundamental, consolidado na Constituição Federal de 1988. A partir desse marco legal histórico, foram sendo gestadas outras importantes legislações estruturantes e edificadas diversas ações institucionais ou não, inerentes à saúde, especialmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que preconizou a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nesse contexto, nasce, posteriormente, o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que instituiu estreita relação entre o trânsito e o direito à vida e à saúde pública (BRASIL, 2008).

Ao partir do pressuposto que os acidentes de trânsito possuem caráter epidêmico, com influência direta e/ou indireta na vida e na saúde das pessoas, e que, para mensurar qual o tamanho dessa epidemia no município de Vitória da Conquista (Bahia), local da pesquisa, bem como nortear ações de gestão voltadas para a sua intervenção, é imprescindível a existência de um registro amplo, fidedigno e oficial desses acidentes. No presente estudo, levantou-se por questão-problema: quais as características epidemiológicas dos acidentes de trânsito ocorridos no município de Vitória da Conquista no período de 2013 a 2014?

Para atender a essa questão, propôs-se, por objetivo geral, subsidiar, com base no perfil epidemiológico, a adoção de ações de intervenção voltadas para a redução dos acidentes

de trânsito no município de Vitória da Conquista e, por objetivos específicos, analisar as características epidemiológicas dos acidentes de trânsito, ocorridos no município de Vitória da Conquista, no período de 2013 a 2014, descrever a evolução temporal e caracterizar as vítimas dos acidentes de trânsito ocorridos no município de Vitória da Conquista, no período de 2013 a 2014.

METODOLOGIA

O estudo teve perfil exploratório, descritivo, retrospectivo e documental, com delineamento transversal e abordagem quantitativa (CERVO; BERVAIN, 1996). A escolha do município de Vitória da Conquista, estado da Bahia, para a pesquisa justifica-se, inicialmente, pelo fato de ser este Ente federado base de aplicação de curso específico de mestrado profissionalizante; depois, pelo fato de guardar similaridade com a realidade vivida por muitos outros grandes centros urbanos que se encontram em ritmo de crescimento acelerado. Trata-se de uma capital regional, terceira maior cidade do estado e de importante polo comercial, de educação, de saúde, de serviços e de lazer, possuindo uma população que foi estimada, para o ano de 2014, em 340.199 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e uma frota em 2015 num total de 117.568 veículos registrada oficialmente no Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) (IBGE, 2014, 2015).

Os dados da pesquisa foram levantados na VIII Delegacia da Polícia Rodoviária Federal (PRF) e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), com base no município. A atuação da PRF se refere ao atendimento das ocorrências, quando são lavrados os respectivos Boletins de Ocorrência, sendo o atendimento e a remoção das vítimas, quando há, de responsabilidade do Samu 192.

Foram considerados na pesquisa todos os acidentes de trânsito ocorridos no período de 2013 a 2014, registrados nos Sistemas da PRF e do Samu 192, tendo como área de abrangência o município de Vitória da Conquista, desde o limite do município de Manoel Vitorino (BA) até a divisa da Bahia com o estado de Minas Gerais, nela incluídos o Anel Rodoviário de Vitória da Conquista e a Avenida da Integração, que corta a zona urbana da cidade, entre os km 819 e 828.

Com relação ao registro das ocorrências pela PRF, muito embora esse órgão seja o que possua informações mais detalhadas dos acidentes, constatou-se que os dados anteriores ao ano de 2013 tiveram o acesso impossibilitado em face de problemas técnicos do sistema informatizado. Relativo aos registros constantes do Samu 192, levantou-se que as informações demonstram apenas a quantidade mensal de ocorrências e a gravidade do estado da vítima (íleso, ferido leve, ferido grave ou morto).

Destaca-se que os dados registrados pela PRF também constam dos registros do Samu

192, porém nem todos os dados inseridos no Samu 192 estão registrados nos controles da PRF, tendo em vista que o Serviço também faz o atendimento de ocorrência dos acidentes em vias públicas do município, sem que haja a participação da PRF.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro estruturado, no qual se colheram as informações quanto aos acidentes de trânsito, considerando-se as seguintes variáveis: tipo de veículo, tipo de ocorrência, a causa, o traçado das vias, as condições meteorológicas, as fases do dia, o sexo, a faixa etária x gravidade, veículo x gravidade. Quanto aos procedimentos, foram realizadas pesquisas bibliográficas buscando conhecer o conceito, os tipos de definições dos acidentes de trânsito, os fatores contribuintes e a legislação inerente ao trânsito brasileiro e à saúde pública.

Posteriormente, foram encaminhados ofícios e efetuadas visitas à VIII Delegacia da PRF, com base no município de Vitória da Conquista, e ao Samu 192, da circunscrição do município, solicitando acesso aos registros de dados porventura existentes sobre os acidentes de trânsito. Também foram efetuadas visitas à Secretaria de Mobilidade Urbana, órgão gestor do trânsito no município, à Secretaria Municipal de Saúde e ao Distrito Integrado de Segurança Pública (Disep), buscando informações quanto aos procedimentos existentes para registro das ocorrências de acidentes de trânsito no referido município.

Os dados coletados nas bases oficiais foram, inicialmente, inseridos em uma planilha do Programa Excel® e, em seguida, transportados para o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, no qual foi realizada a análise estatística descritiva, sendo os dados apresentados em tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se no presente estudo que, no município de Vitória da Conquista, no ano de 2013, foram registrados 1.539 acidentes de trânsito e, no ano de 2014, 1.479, sendo que, em ambos os anos, o tipo de veículo envolvido com mais frequência foi o automóvel, seguido do caminhão-trator, nos percentuais respectivos de 29,89% para o automóvel e de 19,43% para o caminhão-trator em 2013 e de 33,60% para o automóvel e de 14,00% para o caminhão-trator em 2014.

Quanto ao tipo de ocorrência mais frequente, tanto no ano de 2013 quanto no ano de 2014, predominaram as colisões, chamando a atenção o alto percentual de colisões traseiras, laterais e transversais, sendo, em 2013, 27,97% de colisões traseiras, seguidas por 18,20% de colisões laterais e de 14,89% de colisões transversais. Em 2014, o percentual variou de colisões traseiras (29,58%), laterais (18,33%) e transversais (13,61%).

O estudo demonstra que houve um aumento no número de colisões traseiras e late-

rais no ano 2014 e uma redução de colisões transversais. Esses dados são corroborados por estudo retrospectivo, relacionado com as vítimas de acidentes de trânsito ocorridos dentro do perímetro urbano do município de Ponta Grossa (PR), no qual se concluiu que, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004, os acidentes por colisão também foram o tipo predominante (STOCCO *et al.*, 2006). Resultados semelhantes também foram encontrados em um estudo que discutiu a situação da mortalidade por acidentes de trânsito, a partir da caracterização das vítimas fatais, no município de Maringá (PR), no ano de 1992, sendo, ainda, constatada a mesma situação em outro estudo realizado no município de Porto Alegre (RS), que teve por objetivo descrever a casuística referente ao atendimento prestado a vítimas de acidentes de trânsito em 1988 (OTT *et al.*, 1993).

Cotejando esse resultado com a legislação do trânsito, parece haver grande contrasenso entre a conduta dos motoristas de veículos e o dever de observância à lei, posto que o art. 29, inc. II do CTB preceitua que o condutor deverá guardar distância de segurança lateral e frontal entre o seu e os demais veículos, como também em relação ao bordo da pista, considerando-se, no momento, a velocidade e as condições do local, da circulação, do veículo e climáticas (BRASIL, 2008).

Com relação à distribuição dos acidentes ocorridos em 2013, segundo a causa, preponderou a ‘falta de atenção’ (31,99%), seguida por ‘outros’ (30,09%) e de ‘não guardar distância de segurança’ (10,87%). Já em 2014, as causas de maior distribuição foram: ‘outras’ (32,37), ‘falta de atenção’ (30,32%) e ‘não guardar distância de segurança’ (9,43%).

No biênio de 2013 e 2014, ficou demonstrado que, segundo o traçado da via, a grande maioria dos acidentes ocorreu em uma reta: 82,39% em 2013 e 82,10% em 2014 e, em curvas, sendo 10,36% em 2013 e 12,00% em 2014. Em relação à distribuição dos acidentes, segundo as condições meteorológicas, constata-se que a maioria dos acidentes aconteceu com o céu aberto, na ordem de 50,40% em 2013 e de 52,95% em 2014.

Acerca da distribuição dos acidentes, segundo as fases do dia, evidenciou-se que houve uma maior frequência de acidentes em pleno dia, tanto em 2013 (61,06%) quanto em 2014 (56,59%). Resultados semelhantes a esses foram encontrados por Stocco *et al.* (2006), em estudo retrospectivo realizado nos anos de 2002 a 2004, no qual constataram que os acidentes de trânsito com vítimas ocorreram em maior número no período diurno, como também o obtido em estudo sobre os acidentes de trânsito no estado da Bahia, em 2001, no qual a grande maioria dos acidentes também ocorreu em pleno dia (CARVALHO *et al.*, 2001).

Na avaliação sobre o tipo de sexo envolvido nos acidentes, observou-se predomínio do sexo masculino, corroborando o resultado encontrado por Pugliese *et al.* (1975), em trabalho publicado há mais de 40 anos, no qual, ao analisar os aspectos epidemiológicos

dos acidentes fatais com veículos a motor na cidade de Salvador (Bahia), já haviam constatado, na amostra levantada, uma predominância do sexo masculino sobre o feminino em envolver-se em acidentes de trânsito, com uma relação de 38,3 homens para 1 mulher. Soares *et al.* (2013) afirmam que a preponderância do sexo masculino é percebida em vários estudos, variando entre 65% e 75%.

Os estudos oficiais mostram que essa estatística não mudou no decorrer dos anos. Segundo dados do Denatran, dos mais de 60 milhões de motoristas no Brasil, quase 20 milhões são do sexo feminino, e, proporcionalmente, 71% dos acidentes são provocados por homens e apenas 11% por mulheres (INABA, 2015).

Também os dados do Ministério da Saúde apontam que o número de homens que morreram no trânsito, em 2010, é quase quatro vezes maior do que o de mulheres. Considerando os que perderam a vida no trânsito, nesse ano, 31.675 eram homens (78%) e 8.935 eram mulheres (22%) (BRASIL, 2010).

Com relação aos envolvidos em acidentes no município de Vitória da Conquista segundo a faixa etária e a gravidade, o estudo revelou que, em 2013, os acidentes causaram danos de maior gravidade (morte) às vítimas na faixa etária entre 50 e 54 anos, seguido de jovens (feridos graves) na faixa etária de 25 a 30 anos, os quais também sofreram maior incidência de ferimentos leves. Já em 2014, os acidentes causaram danos de maior gravidade (morte) às vítimas na faixa etária entre 31 e 34 anos, seguida de jovens (feridos graves) na faixa etária de 25 a 30 anos, evidenciando que também os jovens, nessa faixa etária, tiveram ferimentos leves.

Esse resultado no município de Vitória da Conquista vai de encontro ao registrado nas estatísticas no estado da Bahia, no ano de 2011, que demonstra a prevalência de jovens entre 23 a 33 anos de idade envolvidos nos acidentes de trânsito. No município, esse resultado só se equipara à estatística estadual quando se compara com o número de vítimas que tiveram ferimentos graves, leves ou saíram ilesos.

Estudos realizados por Ascari *et al.* (2013), que traçaram o perfil epidemiológico das vítimas envolvidas em acidentes de trânsito no Oeste catarinense, concluíram que a prevalência das vítimas envolvidas em acidentes foi na faixa etária de 20 aos 30 anos.

Observou-se, entretanto, que o número de vítimas registrado como 'Não informado', tanto na estatística municipal quanto na estadual, é expressivo, muito superior à taxa das informações específicas, fato esse que prejudica uma análise fidedigna da situação do ponto de vista epidemiológico.

Segundo dados da PRF, quanto à gravidade, o tipo de veículo mais envolvido em acidentes, tanto no ano de 2013 quanto em 2014, foi o automóvel, correspondendo, em 2013, a 36,88% dos ilesos, 30,31% dos feridos leves, 37,38% dos feridos graves e 34,40% das mortes, e em

2014, registrou-se 42,68% correspondente a ileso, 27,83% a feridos leves, 35,13% a feridos graves e 44,78% à morte. Os acidentes envolvendo motocicletas pontuaram em segundo lugar com maior distribuição nos feridos leves (28,63%), feridos graves (29,73%) e morte (17,91%).

Quanto à distribuição dos acidentes, segundo o tipo de veículo e a gravidade, de acordo com os dados da PRF, o automóvel preponderou, deixando mais mortos e feridos, em ambos os anos pesquisados, havendo um incremento percentual considerável em 2014 com relação a 2013. Esse resultado revela perfeita coerência com os dados citados anteriormente, sobre o tipo de veículo mais frequentemente envolvido nos acidentes de trânsito, em que ficou demonstrado que o automóvel foi o veículo que mais se envolveu em acidentes no município.

É importante salientar que o registro dos acidentes realizado pela PRF abarca uma área de rodovia federal, onde há maior tráfego de veículos do tipo automóvel, fato que pode levar a resultados diferenciados dos registrados pelo Samu 192, que atua também em atendimentos de acidentes ocorridos nas vias urbanas, onde a PRF não atua.

Ao se comparar os registros efetuados pelo Samu 192 com os da PRF, observa-se que aqueles não guardam detalhes objetivos, conforme preceitua o 'Manual de procedimentos do Sistema Nacional de Estatística de Acidentes de Trânsito' (BRASIL, 2000). Isso porque, ao fazer os atendimentos específicos dos acidentes de trânsito, o referido órgão colhe dados apenas concernentes à gravidade das vítimas, o número de acidentes ocorridos no ano e o tipo de trauma, relacionados com a vítima e com o veículo envolvido, fato que também pode gerar alguma distorção quando se compara com os dados fornecidos pela PRF.

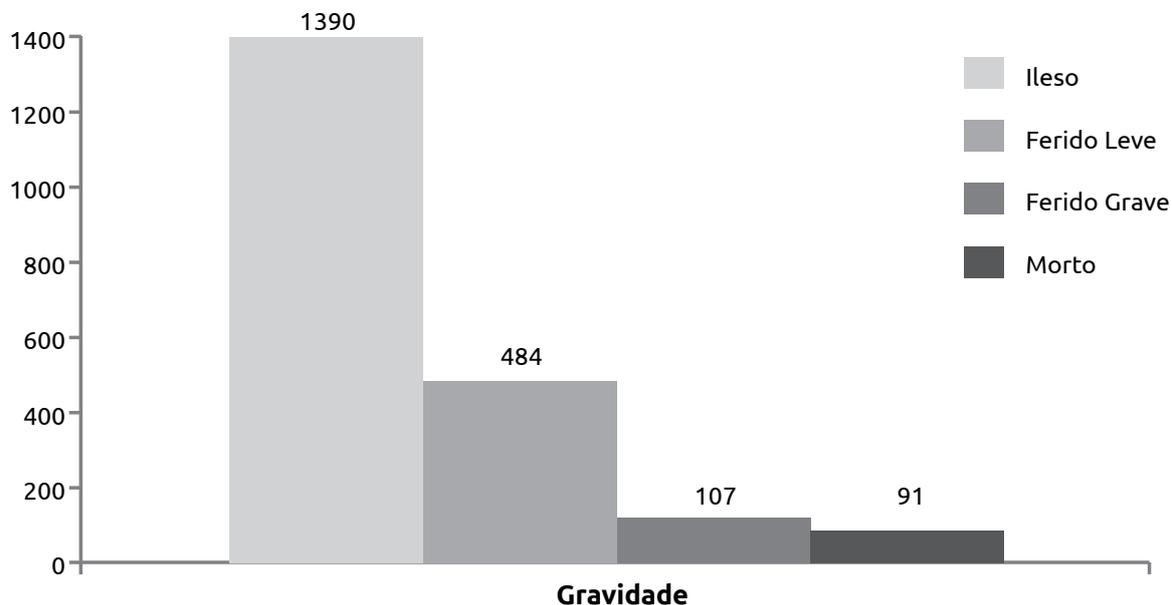
De acordo com os registros realizados pelo Samu 192, segundo os *gráficos 1 e 2* respectivamente, extrai-se que o tipo de gravidade mais frequente foi o referente a ileso, correspondendo a 1.390 casos no ano de 2013 e a 1.312 no ano de 2014. Os registros dos atendimentos efetuados no biênio estudado, relativos aos acidentes, segundo a gravidade, demonstram que houve mais pessoas ilesas em relação aos feridos leves, feridos graves e mortos.

Nesse sentido também é o estudo realizado por Sallum e Poizumi (1997), com relação à natureza da lesão e à gravidade do trauma, segundo a qualidade das vítimas de acidentes de trânsito de veículo a motor, o qual concluiu que, quanto à gravidade, a lesão leve, a moderada e a grave, que não ameaçam a vida, foram as mais frequentes nos ocupantes de auto, moto e pedestres.

Esse resultado reflete também o último levantamento oficial do estado da Bahia, registrado no Departamento de Polícia Rodoviária Federal do Ministério dos Transportes, demonstrando que, do total de acidentes ocorridos no ano de 2011, 59,68% foram sem vítimas.

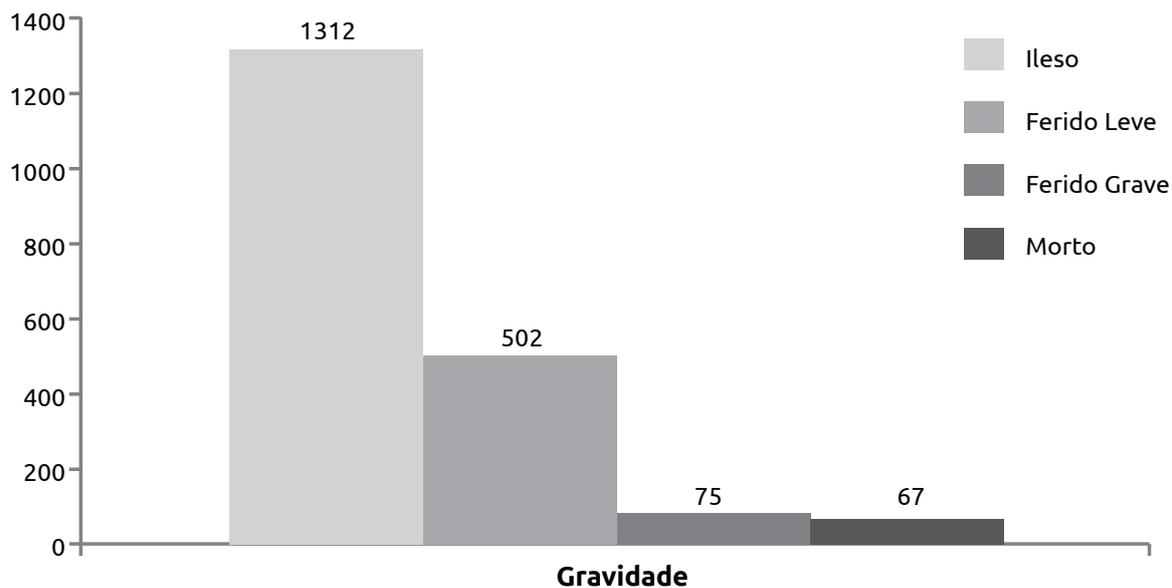
Ainda de acordo com os registros contidos no Samu 192, o número de acidentes de trânsito ocorridos no município cresceu, no período estudado, de 3.794 em 2013 para 3.828 em 2014, conforme demonstra o *gráfico 3*.

Gráfico 1. Distribuição dos acidentes segundo a gravidade em 2013. Vitória da Conquista (BA), 2015



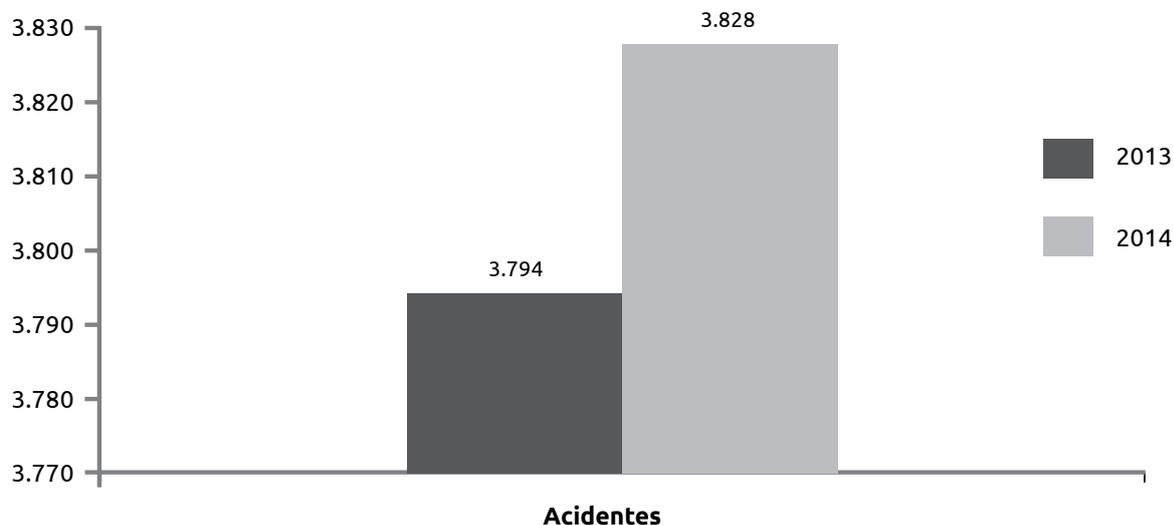
Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 2. Distribuição dos acidentes segundo a gravidade em 2014. Vitória da Conquista (BA), 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

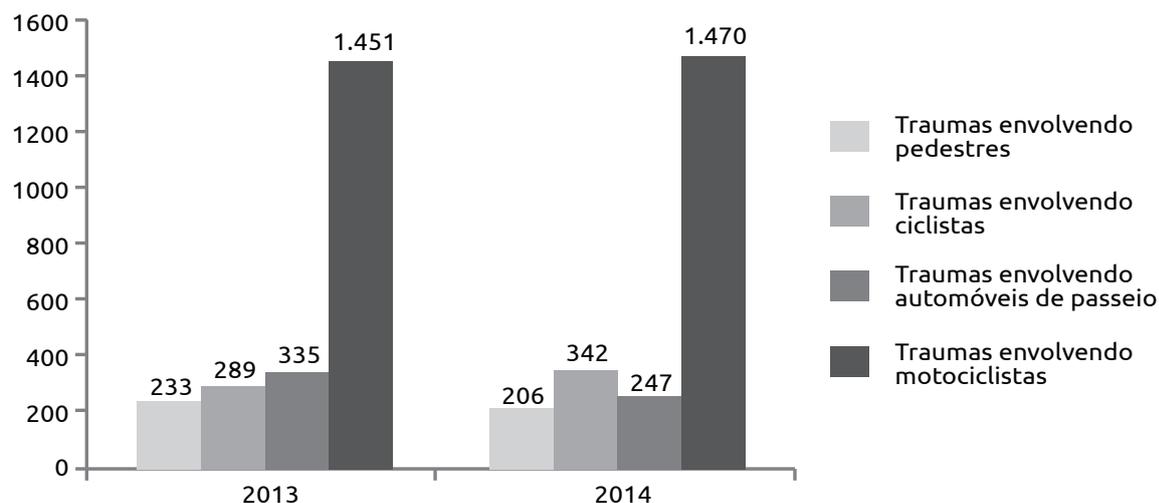
Gráfico 3. Distribuição do número de acidentes, segundo o ano. Vitória da Conquista (BA), 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao tipo de gravidade, em relação à vítima, o resultado retratado traz uma informação diferenciada que deve ser objeto de maior análise por parte do Órgão Gestor do Trânsito no Município, porquanto a pesquisa concluiu que, do total dos atendimentos às vítimas de acidentes com traumas, tanto no ano de 2013 quanto em 2014, a grande maioria foi de motociclistas, conforme *gráfico 4*.

Gráfico 4. Distribuição do número de acidentes, segundo o tipo. Vitória da Conquista (BA), 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

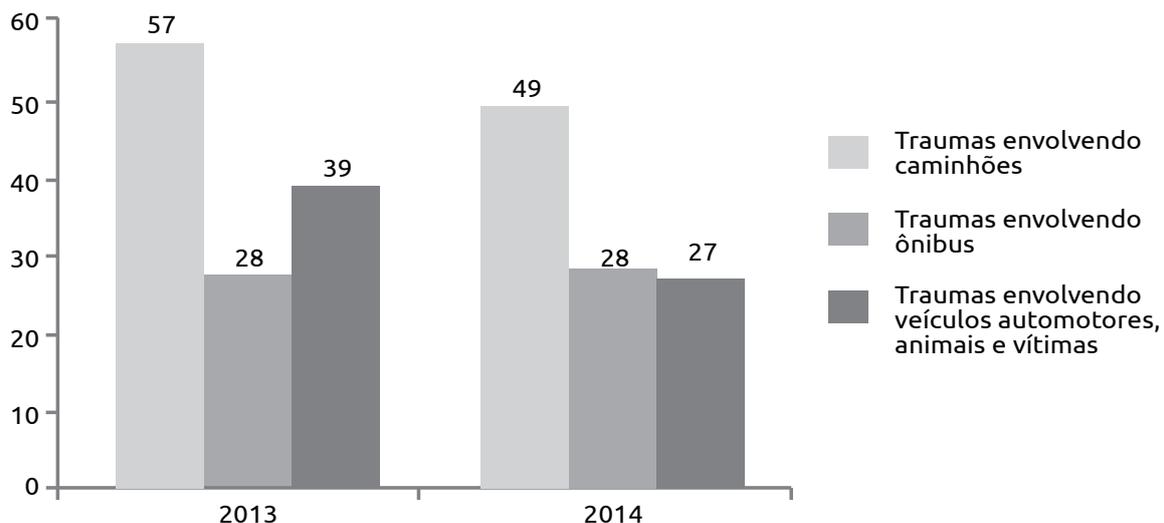
Cumpra esclarecer que o destaque dessa informação se deve ao fato de que o município de Vitória da Conquista não possui serviço de mototáxi, o que, em tese, implicaria uma menor circulação desse tipo de veículo nas vias urbanas. Nesse aspecto, também o resultado se contrapõe ao levantamento feito na PRF que indicou, quanto à gravidade, o automóvel como veículo causador do maior percentual de vítimas. Entretanto, resta reiterar a informação que, certamente, justifica a distorção encontrada, de que o perfil dos registros da PRF está voltado para os acidentes ocorridos nas estradas federais, enquanto o Samu 192 socorre também as vítimas de acidentes ocorridos na zona urbana e nas estradas vicinais de acesso ao município, onde a PRF não atua, sendo que, nesses locais, ocorre um grande índice de acidentes de motocicletas.

O elevado número de acidentes envolvendo motocicletas é corroborado por estudo de Silva (2012) que afirma que os motociclistas se destacam entre as vítimas dos acidentes de transporte no Brasil, sendo que o uso de motocicletas, como meio de transporte e de trabalho, aumenta de forma considerável e rápida, especialmente no estado de Pernambuco.

Soares *et al.* (2013) afirmam que alguns fatores certamente têm contribuído para o agravamento do quadro, como o uso de motocicletas como instrumento de trabalho, em especial por empresas de entrega de mercadorias, a facilidade da aquisição desse tipo de veículo e o conseqüente aumento acelerado dessa frota na cidade, em estudo nos últimos anos.

Levantou-se, ainda, de acordo com o Samu 192, que o tipo de veículo que apresentou maior envolvimento com acidentes, nos anos de 2013 e 2014, foi o de caminhões, representando 57 casos em 2013 e 49 casos em 2014 (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição do número de acidentes, segundo o tipo de veículo. Vitória da Conquista/BA, 2015



Esse fato também merece estudo específico já que, pelos dados da PRF, predominou o automóvel. Um dos fatores que pode justificar a maior frequência do envolvimento desse tipo de veículo nos acidentes de trânsito talvez seja decorrente do crescimento da construção civil no período estudado, incluindo-se aí tanto as obras da iniciativa privada quanto as obras públicas, o que levaria, também em tese, a um aumento do tráfego de caminhões e tratores no perímetro urbano e nas vias de acesso ao município, para transporte de materiais de construção e outros insumos necessários à realização das obras.

Outro dado relevante em todos os levantamentos efetuados é que, nos registros das informações relativas à causa do acidente, o percentual referente a 'outras' causas, ou seja, aquelas causas das quais o órgão não teve informação para registro específico, é muito alto, superando, às vezes, o maior apontamento identificado. O mesmo ocorre com o registro quanto aos acidentes, segundo a faixa etária e a gravidade, em que a faixa etária 'não informada' supera, em muito, o maior percentual dos itens informados, especialmente com relação ao ano de 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que a execução das ações visando à aplicação da legislação pertinente ao trânsito é de competência e de responsabilidade solidária de todos os Entes federados e seus respectivos órgãos, tanto daqueles que compõem o Sistema Nacional de Trânsito quanto daqueles que, de forma interdisciplinar, possam contribuir para a redução dos acidentes. De igual forma, os segmentos sociais, as entidades, as empresas e todos os cidadãos, indiscriminadamente, possuem o direito/dever de participar desse processo, com atitudes e condutas diárias saudáveis no uso do transporte e do trânsito.

Constata-se que, apesar do competente trabalho e dos esforços envidados pela PRF e pelo Samu 192, para cumprir com a árdua e nobre atribuição de socorrer e salvar as vítimas dos acidentes de trânsito, realizando os registros correspondentes, de acordo com as condições de trabalho de que dispõem (pessoal, treinamentos, equipamentos, recursos tecnológicos etc.), tais registros necessitam ser mais bem otimizados, pelo menos nos moldes preconizados pelo Sistema Nacional de Estatística de Acidentes de Trânsito (Sinet). Será preciso criar um banco de dados eficaz e de fácil acesso público, visando constituir série histórica, que proporcione uma avaliação mais fidedigna da situação epidemiológica, bem assim para alimentar, com mais precisão e eficiência, o banco de dados dos órgãos estadual e federal.

É importante registrar também o avanço da gestão municipal, no decorrer dos anos, na organização do trânsito local, levado a efeito com a respectiva municipalização e a implantação das políticas voltadas para a mobilidade urbana, além de promover a gradativa organização e implantação de sistemas modernos de organização de estacionamento público, sinalização semafórica e visual e de programas de educação para o trânsito.

Entretanto, visando cumprir o objetivo de subsidiar, com base no perfil epidemiológico, a adoção de ações de intervenção voltadas para a redução dos acidentes de trânsito no município de Vitória da Conquista, torna-se relevante apontar, a partir de uma visão científica e acadêmica sobre a realidade local, para a necessidade de que o órgão municipal, responsável pela gestão do trânsito, busque implementar um banco de dados informatizado, no qual possa registrar, de forma sistemática, toda e qualquer ocorrência de trânsito, seja de maior ou menor gravidade, possibilitando uma melhor apropriação do perfil de mobilidade urbana do município, incluindo aí o transporte e o trânsito, gestão esta que, sem dúvida, impactará positivamente na vida e na saúde das pessoas.

COLABORADORES

Maria Edy da Hora Oliveira contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Luciana Araújo do Reis contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ASCARI, R. A. *et al.* Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria v. 3, n. 1, p. 112-21, jan./abr. 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Nacional de Trânsito. *Manual de procedimentos do Sistema Nacional de Estatísticas de Acidentes de Trânsito*. Brasília, DF: DENATRAN, 2000. Disponível em: <http://www.vias-seguras.com/os_acidentes/estatisticas/procedimentos_de_estatisticas_de_acidentes/manual_de_procedimentos_do_sinet_denatran_setembro_2000>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde ¾ Mortalidade (1979-98)*. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. Ministério dos Transportes. Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes. *Anuário estatístico*. Brasília: DNIT, 2010. Disponível em: <www.dnit.gov.br/rodovias/operacoes...de-acidentes/anuario-2010>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. Polícia Rodoviária Federal (PRF). *Dados estatísticos*. 2015.

CARVALHO, R. C. *et al.* Acidentes de trânsito envolvendo adolescentes: o registro da situação de Feira de Santana, Bahia, em 2001. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 22-34, 2005.

- CERVO, A. L.; BERVAIN, P. A. *Metodologia Científica*. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.
- DIÓGENES JÚNIOR, J. E. N. Considerações gerais dos direitos fundamentais. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 101, jun. 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11769>. Acesso em: 13 out. 2016.
- INABA, T. Estatísticas mostram que mulheres dirigem melhor do que os homens. *Portal do Transito*, [online]. 01 jul. 2015. Disponível em: <<http://portaldotransito.com.br/noticias/estatisticas-mostram-que-mulheres-dirigem-melhor-do-que-os-homens/>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. *Frota municipal de veículos*. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/frota.php?lang=_ES&codmun=293330&search=%7Cvitoria-da-conquista>. Acesso em: 20 out. 2014.
- _____. *Mativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2014*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 20 out. 2014.
- LIBARDI, R. Mobilidade urbana frente à complexidade urbana. *EURE (Santiago)*, Santiago, v. 40, n. 121, p. 273-276, set. 2014.
- OTT, E. *et al.* Acidentes de trânsito em área metropolitana da região Sul do Brasil: caracterização da vítima e das lesões. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 350-6, 1993.
- PUGLIESE, C. *et al.* Aspectos epidemiológicos dos acidentes fatais a veículo a motor na cidade de Salvador (Bahia), Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, p. 271-283, set. 1975.
- SALLUM, A. M. C.; POIZUMI, M. S. Natureza da lesão e gravidade do trauma segundo qualidade das vítimas de acidentes de trânsito de veículo a motor. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-164, jun. 1999.
- SILVA, P. H. N. V. *Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no Estado de Pernambuco: uma exacerbação da violência social*. 2012. 140 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.
- SOARES, R. A. S. *et al.* Caracterização dos acidentes de trânsito que apresentaram como desfecho trauma raquimedular. *Rev. Enferm. UFPE online*, Recife, v. 7, n. 10, p. 5996-6005, out. 2013.
- STOCCO, C. *et al.* Caracterização epidemiológica dos acidentes de trânsito ocorridos dentro do perímetro urbano de Ponta Grossa Paraná, 2002-2004. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 7, n. 2, p. 8-16, jun. 2006.

Capítulo 14

Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista (BA) e a garantia do direito à integralidade na atenção à saúde

Márcia Viviane de Araújo Sampaio
Elvira Maria Godinho Seixas Maciel
Luciana Araújo dos Reis
José Patrício Bispo Júnior

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 ficou conhecida como a constituição cidadã pelo amplo reconhecimento dos direitos de cidadania, definindo saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve se organizar sob a égide de três diretrizes: (i) a descentralização, com comando único; (ii) o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e (iii) a participação popular (BRASIL, 1988).

Para legitimar e regulamentar as ações previstas na Constituição de 1988, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, por meio da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do SUS; e a Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que regulamenta a participação social, nas formas do controle social, no SUS.

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado por níveis de atenção, organizado por meio da Atenção Básica (AB), nível secundário de atenção e nível terciário. Vale ressaltar que nenhum desses níveis de atenção é mais relevante que o outro e que o acesso a cada nível de complexidade deve se dar conforme as necessidades do usuário (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012, p. 25). As ações e serviços de AB devem estar presentes em todos os municípios, seguindo a premissa de que esses serviços devem estar próximos de onde as pessoas vivem.

Com o intuito de viabilizar a organização das ações de AB, o Ministério da Saúde (MS) utiliza-se da Estratégia Saúde da Família como prioritária na descentralização das ações e serviços do primeiro nível de atenção.

Os serviços de maior densidade tecnológica podem não estar disponíveis em alguns municípios. Assim, faz-se necessário criar 'regiões de saúde' dentro das Unidades Federativas (UF) ou mesmo a normatização, em certos casos, da busca desses serviços em outros estados da federação mediante o estabelecimento dos pactos intergovernamentais. O SUS contempla essa organização por meio do preceito constitucional da regionalização e a definiu no anexo da Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993).

A busca pela construção de um sistema público de saúde que garanta acesso universal, cuidado integral e de qualidade continua sendo uma das lutas para efetivação e consolidação do SUS. Ao longo desses 25 anos, o processo de implantação tem avançado, mas ainda há muito por fazer, principalmente em relação aos dilemas do financiamento, da organização do modelo de atenção e da garantia da integralidade da assistência à saúde.

No estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹ divide o espaço geográfico do estado em 28 regiões que se agrupam em 9 macrorregiões de Saúde. O município de Vitória da Conquista é sede da Macrorregião Sudoeste de saúde, atende a uma população de cerca de 2 milhões de habitantes dos 73 municípios pactuados, aglutinando 19 municípios na região de saúde. Nessas regiões, devem ocorrer todas as negociações da Programação Pactuada Integrada (PPI)².

A lógica de programação para o nível secundário ambulatorial deve ser realizada de forma ascendente, denominada como programação por referência, em conformidade com o processo de regionalização. Para as ações do nível terciário e para algumas do secundário, como, por exemplo, saúde do trabalhador, exames e diagnóstico das hepatites virais e parte da reabilitação, que estão concentradas nos polos de saúde, a programação segue a lógica descendente, ou seja, por abrangência, sendo as referências definidas na etapa estadual (BRASIL, 2006a).

Um dos grandes desafios para os municípios-sede de regiões de saúde é que os fluxos de regulação sejam respeitados. Isso porque, com frequência, surgem mecanismos que burlam os fluxos regulatórios estabelecidos, gerando uma desorganização da demanda na rede de assistência, com sobrecarga dos serviços, principalmente dos serviços de urgência e

¹ O PDR é um instrumento de planejamento em saúde que visa estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação de recursos, da descentralização programática e gerencial.

² A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as esferas de governo.

emergência, comprometendo o planejamento local (tanto no âmbito administrativo quanto no âmbito financeiro).

Assim, faz-se necessário desenvolver um estudo que sirva à gestão municipal com vistas à análise do sistema de saúde vigente, buscando estudar a oferta de serviços e a cobertura populacional, a identificação de barreiras ao acesso da população às ações e serviços da atenção especializada. Interessa ainda avaliar a adequação dos protocolos e dos fluxos de regulação praticados na região de saúde de Vitória da Conquista, tomando como referência as legislações e normatizações do SUS em seus três níveis de gestão.

Nessa perspectiva, o presente estudo se propõe a analisar o desenho da rede especializada implantada na região de saúde do município de Vitória da Conquista (município-sede da macrorregião de saúde), identificando as dificuldades na garantia da integralidade da assistência. Para tanto, tem-se como questão-problema: em que medida a oferta e a regulação do acesso às consultas, aos exames e aos procedimentos especializados nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista contribuem para a garantia do direito à assistência integral à saúde?

Para responder à questão-problema, foi definido o seguinte objetivo: analisar a oferta e o acesso às consultas médicas, procedimentos e exames especializados definidos pela central de regulação para os municípios da região de saúde de Vitória da Conquista e suas implicações para a garantia do direito à integralidade na assistência prestada pelo SUS.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva baseada em dados secundários, com pesquisa bibliográfica e documental, e abordagem quantitativa. O cenário da pesquisa foi constituído pelos serviços da rede de atenção especializada do SUS no município de Vitória da Conquista, especificamente a Central de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados (CRPEE) e o setor jurídico da Secretaria Municipal de Saúde para levantamento das liminares judiciais recebidas em 2013 e 2014 que demandam sobre os Serviços de Atenção Especializada (SAE).

Para realizar a coleta dos dados, foram utilizados os quadros contidos na coletânea de normas, critérios e parâmetros disponibilizados no endereço eletrônico do art. 4º §2º da Portaria GM/MS nº 1.631, de 1 de outubro de 2015, seção V, que trata da atenção especializada (BRASIL, 2015). Foram calculadas as informações dos parâmetros assistenciais para as necessidades das principais especialidades médicas para a população da região de saúde de Vitória da Conquista, bem como o quantitativo de exames e procedimentos relacionados com cada especialidade médica.

Para a coleta dos dados sobre os processos judiciais da saúde, foi criado um formulário estruturado considerando-se as seguintes variáveis: quantitativo de processos, o bem de

saúde requerido, se o SAE tem cobertura pelo SUS, o autor da ação, o réu da ação, o juízo e o sexo dos requerentes.

Neste estudo, foram utilizadas as seguintes fontes de informação: documentação normativa referente à organização e oferta de serviços da Secretaria Municipal de Saúde, dados obtidos pelo sistema de informação da CRPEE no município de Vitória da Conquista, bem como nas bases de dados do Governo Federal e Estadual (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada (Dipro), legislação e documentação normativa referente à oferta de serviços de saúde na perspectiva da integralidade e articulação dos níveis de atenção no nível do MS e demais instâncias jurídicas federais. Além disso, foram estudadas e descritas as liminares judiciais que versam sobre solicitações de marcação de consultas, exames e procedimentos especializados no ano de 2013 e 2014.

Com relação ao estudo referente aos serviços especializados, dois grupos de indicadores serão considerados: (i) indicador(es) de oferta, (ii) indicador (es) de cobertura. A partir do CNES, foram obtidos os dados do número de profissionais médicos cadastrados nos municípios para que se compare com o quantitativo necessário para a região de saúde e o quantitativo de estabelecimentos de saúde existentes na região (BRASIL, 2006b).

Os indicadores de oferta de consultas médicas, procedimentos e exames especializados foram calculados pelo quantitativo das marcações realizadas pela CRPEE nos anos de 2013 e 2014. A finalidade do indicador é medir a disponibilidade de SAE, segundo a capacidade instalada no município executor. A PPI dos 18 municípios foi consolidada em um único formulário e forneceu a programação dos SAE para a região de saúde. A oferta de serviços de saúde é influenciada pelas condições socioeconômicas regionais e por políticas públicas de atenção à saúde.

O indicador de oferta tem por objetivos: (1) analisar variações geográficas e temporais da oferta e da distribuição de consultas médicas; procedimentos e exames especializados, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; e (2) subsidiar processos de planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde.

Foram considerados, para os indicadores de cobertura, os parâmetros assistenciais da Portaria Ministerial nº 1.631, de 1 de outubro de 2015, calculando-se para cada especialidade médica a necessidade para cada município e para a região de saúde. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, são referenciais quantitativos sem caráter impositivo ou obrigatório que objetiva garantir a equidade de acesso, a integralidade e a adequação dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Os dados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Programa Excel® e, em

seguida, transportados para o Programa Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, no qual foi realizada análise estatística descritiva simples, sendo os dados apresentados em tabelas e gráfico.

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), sendo aprovado pelo Parecer nº 1.285.675 no dia 19 de outubro de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pactuação feita para a região de saúde em relação às especialidades gastroenterologia e proctologia está abaixo do proposto pelos parâmetros assistenciais, correspondendo a 20,50% e 7,34% respectivamente. Mesmo sendo a marcação de 2013 e 2014 acima do valor pactuado, a oferta mostra-se inferior ao preconizado pela Portaria Ministerial. Em 2013 e 2014, a marcação para gastroenterologia foi de 43,00% e 31,20%, e a marcação da especialidade proctologia foi de 22,70% e 26,60%.

Os exames e procedimentos de endoscopia digestiva, colonoscopia e retossigmoidoscopia estão pactuados abaixo do necessário para cobrir a região de saúde. Os procedimentos de ecoendoscopia, colangio pancreatografia retrógrada e endoscopia terapêutica não têm pactuação na região de saúde e não são ofertados pelo município de Vitória da Conquista.

Segundo diretrizes do MS, a PPI traduz as responsabilidades de cada município em definir e quantificar as ações de saúde necessárias para garantir o acesso da população aos serviços de saúde, buscando adequar essas necessidades com a capacidade instalada do município polo (BRASIL, 2006a).

Constatou-se que, na especialidade de nefrologia, a pactuação feita corresponde a 36,00% do proposto pelos parâmetros assistenciais, e a marcação correspondeu a 20,17% em 2013 e a 20,60% em 2014 do respectivo parâmetro. A ultrassonografia de vias urinárias é pactuada com as demais ultrassonografias, e a marcação, em 2013, foi de 35,20% e, em 2014, correspondeu a 33,90%. Não existe pactuação para as cintilografias por se tratar de procedimentos do nível terciário, todavia, houve marcação do procedimento de cintilografia renal no município de Vitória da Conquista mesmo não sendo o responsável pela execução do referido procedimento. O município dispõe do serviço por contratação e financiamento próprio.

A pactuação da especialidade neurologia representa apenas 6,77% do preconizado. A marcação em 2013 e 2014 foi bem superior ao pactuado para a região de saúde, contudo, bem abaixo do proposto pelo parâmetro, 11,60% e 9,45% respectivamente. Para o procedimento de eletroneuromiografia, não existe pactuação, pois é um procedimento relacionado com a saúde do trabalhador e não compõem as metas da PPI. Esse procedimento, por estar concentrado nos municípios-polo, será programado com lógica descendente e ofertado pelo Centro

de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) para os 73 municípios da macrorregião, a marcação é realizada pelo próprio serviço. Para o ultrassom (US) transfontanela, é pactuado no grupo ultrassonografias dos demais sistemas, foi marcado 40,60% em 2013 e 29,90% em 2014 considerando o estipulado na portaria ministerial.

Quanto à tomografia de crânio, a pactuação é feita por abrangência. Por se tratar de um procedimento de alta complexidade, em que o ente estadual que distribui o quantitativo conforme o teto financeiro alocado para o município executor e os demais municípios referenciados, as marcações de 2013 (15,52%) e de 2014 (11,12%) foram bem inferiores ao necessário para cobrir a região de saúde. Os procedimentos de ressonância magnética de crânio e angiorressonância cerebral também são procedimentos de alta complexidade e não foram programados para a execução em Vitória da Conquista. Entretanto, o município, com recursos próprios, realiza as ressonâncias, com uma média de marcação de 66,29% para ressonância magnética (RNM) de crânio e de 22,90% para angiorressonância.

A análise constata que a maioria dos procedimentos elencados nos parâmetros do MS são classificados como de nível secundário, os quais têm a finalidade estratégica de subsidiar o diagnóstico das doenças aumentando a resolutividade da AB e contribuindo para a garantia da integralidade da assistência e da universalidade do cuidado. Dessa forma, à medida que as metas não refletem as necessidades da população, cria-se uma sobrecarga no SAE e uma baixa resolutividade da AB.

No intuito de dirimir as disparidades entre a oferta e a demanda, o MS, por meio da Política de Regulação da Atenção à Saúde (BRASIL, 2008), instituiu os Complexos Reguladores do Acesso à Assistência. Por meio de ações integradas e articuladas com toda a rede de saúde, busca promover a adequação da oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxime das necessidades reais da população.

Com relação à criação do complexo regulatório da assistência, Vitória da Conquista dispõe da CRPEE que cumpre todas as orientações da Política Nacional de Regulação tendo como desafio adequar a oferta disponível na rede SUS com a PPI.

A especialidade oftalmologia foi a que apresentou maior dificuldade de análise porque a pactuação segue por grupos de procedimentos ou exames, com o agrupamento em diagnóstico oftalmológico básico, intermediário e alto, e os parâmetros assistenciais dispõem por tipo de procedimento. No quesito consulta, a pactuação correspondeu a 13,27% do parâmetro assistencial, a marcação de 2013 foi de 19,61% e a de 2014 foi de 14,27% em relação à portaria ministerial.

Observou-se, no presente estudo, que a PPI vigente para a região de saúde não corresponde ao quantitativo proposto pelos parâmetros assistenciais para a população que abrange a região de saúde de Vitória da Conquista.

Daí surge a primeira impressão, que a metodologia utilizada na PPI da Assistência

para calcular o quantitativo de consulta, exames e procedimentos não corresponde mais com as necessidades assistenciais proposta pela Portaria Ministerial (BRASIL, 2015) para a região de saúde. Tal situação compromete a terceira perspectiva da integralidade, descrita por Paim (2006, p. 15) “como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos sistemas de serviços de saúde”.

Na especialidade de ortopedia, a pactuação para consulta médica corresponde a 17,60% da necessidade proposta para a região de saúde. No biênio de 2013 e 2014, percebe-se que a menor marcação ocorreu para as tomografias computadorizadas (TC) coluna cervical, tendo uma média de marcação de 9,19%, e a maior marcação se deu para as TC de membros superiores (MMSS) em uma média anual de 16,40%. A pactuação das tomografias é feita por abrangência por se tratar de procedimentos do nível terciário.

Observou-se que a programação para especialidade otorrinolaringologia está abaixo dos parâmetros referenciados para o contingente populacional da região de saúde, a pactuação para consulta médica corresponde a 58,0% do estabelecido na portaria e a marcação no ano de 2013 foi de 12,38%, e no ano de 2014 foi de 13,05%. As audiometrias são pactuadas sem especificação do tipo (audiometria de reforço visual, imitanciometria, audiometria tonal), apenas a audiometria tonal foi ofertada nos anos de 2013 e 2014, correspondendo a uma média de 12,7% de marcação. Dos demais procedimentos, apenas a videolaringoscopia foi ofertada correspondendo a uma marcação inferior a 5% do preconizado pelo parâmetro assistencial.

No caso estudado, pode-se constatar que a PPI não tem sido suficiente para garantir acesso dos usuários aos serviços de saúde, implicando diretamente a efetivação da integralidade da assistência. Entretanto, o MS destaca que o processo de PPI visa orientar os gestores sobre a importância da estruturação dos sistemas de saúde e da organização dos serviços, além de fornecer subsídios para a regulação do acesso (BRASIL, 2006a).

Embora as marcações da consulta de pneumologia dos anos de 2013 e 2014 tenham sido maiores do que o pactuado para a região de saúde, a pactuação corresponde a 14,17% do parâmetro assistencial. A marcação para o procedimento de broncoscopia em 2013 e 2014 foi inferior a 7,00%. A média de marcação de tomografia de crânio foi de 34,00% da necessidade para a região. Os demais procedimentos não foram pactuados com Vitória da Conquista, embora o município tenha efetuado um número pequeno de marcações.

Constatou-se, no presente estudo, que a PPI não garante uma relação conjugada entre a oferta, demanda, recursos e as condições necessárias para garantir o acesso da população aos serviços de saúde especializados, o que gera uma discrepância entre a demanda e a oferta da região de saúde. Em consequência, há uma desarticulação e fragmentação dos serviços, pois os usuários começam a se deslocar por conta própria para os municípios-polo em busca de resolver os seus problemas de saúde, sem regulação, e ocasionando a superlotação dos serviços de atenção especializada ambulatorial e dos hospitais de urgência/emergência.

A pesquisa revelou que a marcação da consulta médica em urologia nos anos de 2013 e 2014 correspondeu a 200,00% em relação à PPI. Todavia, considerando os parâmetros proposto para a região de saúde, a cobertura foi de 33,97% em 2013 e de 29,32% em 2014. Com exceção dos exames de ultrassonografias, os demais não foram pactuados para Vitória da Conquista, embora tenham sido ofertados pelo município.

Fica evidente, neste estudo, que a dificuldade em se adequar a PPI com a regulação das consultas, exames e procedimentos contribui para o processo de fila de espera e demora para as marcações de consultas médicas especializadas, pois o programado está bem abaixo das necessidades da população, e que mesmo com marcações superiores ao pactuado, não refletem ao preconizado pelos parâmetros assistenciais.

Solla e Chioro (2012) inferiram, em seu estudo sobre a atenção especializada, que a oferta dos serviços do nível secundário é a mais estrangulada e que a forma de organização e financiamento tem seguido a lógica da oferta de procedimentos existentes, e não o estudo das necessidades e do perfil epidemiológico da população, ou seja, a demanda está condicionada à oferta.

Para a especialidade de reumatologia, a pactuação da consulta médica corresponde a 38,15% da necessidade da região de saúde, e a marcação no ano de 2013 correspondeu a 0,46%, pois não havia profissional na rede SUS. As únicas consultas foram ofertadas pelo Centro Universitário de Atenção à Saúde, ambulatório pertencente à Universidade Estadual do Sudoeste Baiano. A marcação de 2014 foi de 6,54%, pois houve a contratação de um médico reumatologista pelo município de Vitória da Conquista.

Outro fator importante que eleva a dificuldade de acesso para as ações e serviços de atenção especializada é a dificuldade do profissional médico especialista para atender a rede SUS devido à baixa remuneração das consultas na tabela SUS, associado com a escassez dos especialistas nas regiões interioranas. No Brasil, existe uma concentração de profissionais nos grandes centros e em algumas regiões específicas. Em 2002, a distribuição dos postos de trabalho para profissionais de saúde por mil habitantes era de 2,67 para médicos, entretanto, com uma variação de 1,31 para a região Norte e de 3,38 para a região Sudeste (IBGE, 2002).

O município de Vitória da Conquista conta com o Centro Municipal de Atendimento Especializado (Cemae) que oferta consultas médicas especializadas e alguns exames e procedimentos para atender à toda região de saúde. Os médicos atendem a um quantitativo conforme a carga horária contratada. Dessa forma, os valores praticados não correspondem aos valores da PPI que têm como referência os valores da tabela SUS. Essa forma de remuneração onera o município executor, pois os recursos alocados via PPI são insuficientes para garantir as metas físicas pactuadas.

Na especialidade angiologia/cirurgia vascular, apenas 31,00% da necessidade de consultas médicas foi pactuado para a região de saúde em relação ao estabelecido pela portaria ministerial. Não houve pactuação para os demais exames e procedimentos, mas houve uma

média de marcação para o exame duplex scan de 16,19%. As marcações das consultas médicas representaram 38,94% em 2013 e 27,88% em 2014, ambos os percentuais abaixo do preconizado para as necessidades da região de saúde.

Constatou-se, durante a pesquisa, que a programação das ações para a região de saúde, na maioria das especialidades, encontra-se menor do que o proposto pelos parâmetros assistenciais do MS. Entretanto, as diretrizes para elaboração da PPI trabalharam com os parâmetros de concentração de procedimentos e cobertura populacional para as ações de atenção básica e nível secundário. Os parâmetros de cobertura são definidos como aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um período de tempo definido. Os parâmetros de concentração são aqueles que estimam a quantidade de ações e/ou procedimentos necessários para determinada população, geralmente são expressos em quantidades per capita (BRASIL, 2006a).

Segundo o art. 3º da Portaria nº 1.631/2015 (BRASIL, 2015), os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos usados para estimar as necessidades de ações e serviço de saúde. Esses referenciais servem para orientar os gestores do SUS, das três esferas de governo, na estruturação das ações e dos serviços de saúde. Podem sofrer adaptações locais e regionais conforme as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Com relação à consulta de cardiologia, verificou-se baixa cobertura do quantitativo pactuado para a região de saúde, 14,69% do preconizado. O mesmo ocorre com os exames e procedimentos dessa especialidade, que mesmo havendo marcações superiores, como observado na média de marcação para holter (117,00%), eco transesofágica (669,00%) e de 100,00% para o teste ergométrico, o pactuado não reflete a necessidade para a região de saúde. Os procedimentos de alta densidade tecnológica, com exceção do cateterismo cardíaco, não foram pactuados em Vitória da Conquista. Em 2013, foram agendados 266 cateterismos cardíacos, e 270 no ano de 2014 por abrangência.

Segundo o MS, um dos objetivos da PPI é buscar a equidade do acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, contribuindo para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a). A condução da PPI na região de saúde não garantiu financiamento adequado para atender às necessidades mais essenciais dos serviços ofertados pelo município-polo. No estado da Bahia, a revisão da PPI se deu em 2003, e de lá para cá foram feitas revisões pontuais sem grandes impactos para a assistência à saúde.

Sobre a especialidade dermatologia/hansenologia, foi evidenciado que a marcação das consultas nos anos de 2013 e 2014 foi superior ao pactuado para a região de saúde, mas encontra-se inferior ao estabelecido para a região de Vitória da Conquista. Vale destacar que as consultas médicas de dermatologia para os portadores de hanseníase não são reguladas pela CRPEE. Os usuários são atendidos no Centro de Referência Município em Dermatologia Sanitária que possui dermatologista e atende aos cidadãos referenciados pelas unidades

de saúde ou por demanda espontânea, e o quantitativo das consultas não são computados nas marcações da CRPEE.

Observa-se ainda que a média de marcação das consultas dermatológicas em 2013 e 2014 correspondeu a 139,00% do pactuado e a 16,60% do previsto no parâmetro assistencial. A pactuação para as biópsias estão no mesmo grupo, não havendo distinção entre a marcação para biópsia de punção de tumor e biópsia de pele e partes moles; em 2013, a marcação correspondeu a 44,00%, e 46,61% em 214 de punções e biópsias do parâmetro estabelecido pelo MS.

A pactuação para consulta médica de endocrinologia correspondeu a 24,28% do parâmetro assistencial, a marcação de 2013 correspondeu a 19,12% e a 22,95% em 2014. A tomografia de sela túrcica foi o único procedimento pactuado para a região, sendo a pactuação por abrangência.

Esse resultado reflete que a atual cobertura da PPI para a região, bem como a garantia do acesso aos serviços de saúde, está comprometendo a integralidade do cuidado devido à incapacidade do sistema atual em responder às necessidades da população. Todavia, o estrangulamento da atenção especializada causa prejuízos em todo o sistema de saúde, pois força uma ampliação da demanda para a alta complexidade, ocasionando prejuízo aos usuários e onerando o sistema (SOLLA; CHIORO, 2012).

O quantitativo de médicos cadastrados no CNES da região de saúde para algumas especialidades atende aos parâmetros estabelecidos pelo MS, chegando o quantitativo para algumas especialidades a ser superior ao preconizado. Contudo é importante salientar que os profissionais cadastrados no CNES correspondem aos profissionais que atuam na rede SUS e nas instituições privadas e filantrópicas conveniadas ou não com SUS. Dessa forma, mesmo o quantitativo sendo adequado para algumas especialidades, não existe uma relação direta com a prestação de serviços no setor público. Atualmente o município conta com 32 especialidades e com um total de 59 médicos especialistas alocados no Cemaec.

Entre os 206 processos judiciais registrados na Procuradoria da Saúde no biênio 2014 e 2015, 92 demandaram SAE, correspondendo a 44,00% em 2014 e a 45,30 % em 2015. A maioria das liminares tem os próprios beneficiários como autores das ações, em uma média de mais de 90,00%, seguido do Ministério Público que representou uma média de 5,00%. Constatou-se ainda que o município foi réu em quase todas as ações. Em 2013, representou 96,00%, e em 2014, 100,00% das ações. O estado da Bahia figurou como réu em 82,00% das ações de 2013 e em 79,60% das de 2014. O estudo demonstra que a Vara da Fazenda Pública foi a mais acionada para judicialização das demandas por SAE, 77,00% das ações em 2013 e 2014. A Vara da Infância representou 21,00% das ações judicializadas no ano de 2013 e 18,00% nas ações de 2014.

Em relação ao sexo dos beneficiários, houve uma variação entre os anos estudados, em 2014 houve um equilíbrio entre os sexos, sendo o masculino o de maior frequência (50,00%).

Em 2015, o sexo masculino também foi o de maior predomínio nas ações judiciais (59,00%).

Esses resultados corroboram os aspectos da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNAISH), em que se constata que os homens só procuram os serviços de saúde por via da atenção especializada e em muitos casos com o agravamento da doença (BRASIL, 2008). Por isso a judicialização ocorre em maior proporção no sexo masculino, já que estes retardam o cuidado com a saúde e ao procurá-lo, o fazem em caráter de urgência, para tanto, furtando-se os trâmites normais de acesso segundo os critérios do SUS.

Os procedimentos da SAE mais demandados judicialmente foram as sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), representando 29,00%, seguido dos pedidos de transferência (27,00%). Vale ressaltar que o procedimento de OHB não é coberto pela tabela unificada do SUS, sendo incorporado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a partir de janeiro de 2012. Os pedidos de transferências, na grande maioria, culminam com o pedido de realização de um procedimento, exame ou cirurgia em outro estabelecimento de saúde, sendo a maioria para a capital do estado. Em relação aos processos judicializados em 2014, o procedimento cirurgia apresentou um aumento expressivo em relação ao ano de 2013, saiu de 8,50% para 36,00%, seguido dos pedidos de transferência (16,00%) e de OHB (16,00%). Vale ressaltar que, devido ao crescimento das liminares judiciais concedendo a OHB no estado da Bahia mesmo não havendo cobertura pelo SUS, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia contratou um serviço em Vitória da Conquista no ano de 2014 para ofertar o procedimento seguindo fluxo coordenado pela Central Regional de Regulação de Leitos, o que refletiu diretamente na redução dos pedidos via judicial.

Vale ressaltar que este estudo não buscou identificar as razões que levaram os usuários a buscar a assistência à saúde por via judicial, caberia um estudo específico. Segundo estudo realizado por Gomes *et al.* (2014), que buscou investigar as ações judiciais para acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares do estado de Minas Gerais, os resultados apontam para a existência de gargalos nas linhas de cuidado e de dificuldades na garantia da integralidade da atenção à saúde pelo SUS e indicam ainda que as demandas não são atendidas integralmente dentro de um tempo adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo demonstraram que a PPI vigente não mais atende às necessidades de saúde da população da região Sudoeste da Bahia considerando os parâmetros propostos pela Portaria acima citada, a qual estabelece uma nova lógica para os parâmetros assistenciais. A pactuação não reflete a realidade das necessidades de saúde e da organização da rede SUS, constituindo-se atualmente como um instrumento formal e burocrático que compromete o acesso da população aos serviços de saúde.

Os dados analisados nos anos de 2013 e 2014 referentes à oferta de consultas, exames e procedimentos evidenciaram que, mesmo com marcações superiores ao pactuado, o quantitativo está abaixo do preconizado pelo MS acarretando dificuldade de acesso para os serviços da atenção especializada dos territórios pactuados com o município-polo, ocasionando as longas filas de espera por alguns procedimentos. As especialidades médicas com menor oferta foram reumatologia, ortopedia e otorrino. Sabe-se que essa redução na oferta está relacionada tanto com a dificuldade de especialistas quanto com os custos dos serviços de atenção especializada, que muitas vezes extrapolam os valores da tabela SUS e oneram o município-polo.

Entende-se que a garantia do acesso aos diversos níveis de atenção à saúde é um desafio para os gestores municipais principalmente no que tange à atenção especializada, pois muitos municípios não dispõem desses serviços e precisam referenciar para o município-polo conforme as metas estabelecidas na PPI. O estudo aponta para a necessidade de fortalecer os espaços formais de negociação e pactuação para que se construa uma rede regionalizada que realmente reflita as necessidades dos usuários na qual a atenção à saúde seja garantida de forma integral.

COLABORADORES

244

Márcia Viviane de Araújo Sampaio foi a autora principal, responsável pelo desenvolvimento do projeto de pesquisa e elaboração da dissertação que originou este capítulo.

Elvira Maria Godinho Seixas Maciel contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Luciana Araújo do Reis contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

José Patrício Bispo Júnior contribuiu significativamente para revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 de set. de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica- SUS 01/93. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 7 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2 de agosto de 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 7 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1 de out. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 7 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção básica (PNAB)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. Brasília, DF: 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<https://www.jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2014/09/Manual-de-Preenchimento-SCNES-Fichas-completas.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 7 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. Informações estatísticas 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

_____. *Pesquisa assistência médico-sanitária - 2002*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2016.

GOMES, D. F. *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 139-156, 2014.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial e especializada. In: GIOVANELA, L. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 1-37.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão de 2014*. Vitória da Conquista: PMVC, 2014a. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde 2014-2017*. Vitória da Conquista: PMVC, 2014. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

Capítulo 15

Direito ao acesso à Estratégia Saúde da Família sob a óptica dos usuários hipertensos

Rosângela França Oliveira
Gabriel Eduardo Schütz

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível que, por sua elevada morbimortalidade, vem sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública. Sua prevalência como processo de adoecimento crônico é o resultado de um conjunto diverso de determinantes da saúde associados a agravos, tais como o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas são portadoras da HA, e aproximadamente 65% dos portadores têm menos de 40 anos (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Embora não exista cura para essa doença, ela é facilmente detectada e geralmente controlável. O diagnóstico é estabelecido quando identificados níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mmHg em duas ou mais aferições da pressão arterial. O tratamento é baseado no uso de fármacos anti-hipertensivos e em medidas não farmacológicas, tais como: controle do peso, reeducação alimentar, redução do consumo do sal e de bebidas alcoólicas, prática regular de exercício físico, abstenção do tabagismo e controle do estresse psicoemocional (SBC, 2010).

No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011-2022) estabelece a adoção de políticas de promoção e proteção à saúde e combate à HA (BRASIL, 2011). O espaço prioritário para a atenção à saúde das pessoas com HA é o da Atenção Básica (AB), com ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010). As ações previstas pela ESF são de caráter interdisciplinar e multiprofissional na perspectiva de construir relações acolhedoras e vínculos entre profissionais de saúde e usuários, de modo a obter uma corresponsabilidade no cuidado à saúde. Além disso, as práticas em saúde de vigilância e promoção à saúde defendidas pela ESF são orientadas pelos determinantes sociais de saúde, considerando o usuário no seu contexto social, cultural e como parte integrante de um grupo ou uma comunidade (FERTONANI *et al.*, 2015).

Em 2001, foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de HA e diabetes *mellitus* (DM), que visa à confirmação de casos suspeitos; à elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; à garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina; e à criação de um sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Hiperdia (DANTAS, 2013).

Considera-se de fundamental importância a implementação de ações de promoção da saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade desse grupo, considerando o perfil socioeconômico e sociocultural, com o estímulo do autocuidado e o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental da cidadania.

No entanto, as políticas sociais de promoção e proteção da saúde nem sempre se realizam, uma vez que, muitas vezes, sua efetivação se encontra limitada pelas condições de acesso da população às ações e serviços de saúde. Azevedo e Costa (2010) analisam tal acessibilidade em quatro dimensões: (1) dimensão geográfica, que se refere aos aspectos físicos limitantes do acesso, como rios, grandes avenidas, e também leva em consideração a distância entre os usuários e os serviços; (2) dimensão organizacional, relacionada com as barreiras na maneira de organização do serviço, como demora para marcação e realização consulta, modo de agendamento, horário, tempo de espera para atendimento, mecanismos de referência e contrarreferência; (3) dimensão sociocultural, referente aos aspectos perceptíveis do indivíduo ou da população quanto à doença, ao diagnóstico e ao tratamento, também relaciona-se com as crenças, os costumes, a formação dos profissionais e a participação social; (4) dimensão econômica, que analisa os aspectos financeiros atrelados à busca e à garantia da atenção à saúde, como gasto de recursos, tempo, energia, bem como outras questões que implicam prejuízos econômicos, como despesas com o tratamento e falta no trabalho.

Com base nessas quatro dimensões, este estudo teve como objetivo identificar as dificuldades ou facilidades encontradas pelos usuários adultos e idosos com HA no acesso à ESF em Vitória da Conquista (BA), visando contribuir para a melhoria das condições do acesso às ações e serviços de saúde disponibilizados para a população na AB por intermédio da ESF no município.

MÉTODOS

O local do estudo foi constituído pela área de abrangência de quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na área urbana do município de Vitória da Conquista que identificam e realizam o cadastramento dos indivíduos hipertensos.

O referido município, localizado na região Sudoeste da Bahia, é o terceiro maior do estado. Seu território abrange a sede, 284 povoados e 11 distritos. De acordo com o Insti-

tuto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, a sua população estimada foi de 343.230 pessoas (IBGE, 2016). A rede de AB do município possui: 37 Unidades Básicas de Saúde, 11 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 42 Equipes de Saúde da Família, 30 Equipes de Saúde Bucal, 4 Núcleos de Apoio a Saúde da Família e 1 Unidade móvel odontológica (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017).

Segundo informações de março de 2015 disponibilizadas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) do Ministério da Saúde, a rede básica de atenção à saúde do município de Vitória da Conquista tem cadastrados 22.188 usuários hipertensos, dos quais 15.433 são acompanhados pelas equipes de agentes comunitários de saúde e com 11.515 cadastrados acompanhados pela ESF (BRASIL, 2016).

A seleção das unidades de saúde ocorreu por meio de um sorteio aleatório, resultando nas USF selecionadas nos bairros: Urbis VI, Miro Cairo, Pedrinhas e Nossa Senhora Aparecida, todos eles na periferia da cidade, atendendo a populações de baixa renda.

Optou-se por codificar as USF no intuito de facilitar o manuseio das informações, evitando-se também citar o nome das unidades de saúde ao longo do trabalho. O *quadro 1* mostra maiores detalhes das unidades de saúde que compuseram o estudo, bem como a definição da codificação delas.

Os sujeitos de pesquisa foram selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: (i) estar com 20 anos ou mais; (ii) ter sido diagnosticado com HA em qualquer estágio;

Quadro 1. Codificação e características das Unidades de Saúde da Família – Vitória da Conquista (BA), 2016

Unidade de Saúde da Família	Código	N° de Equipes de Saúde da Família	Estimativa de usuários com HA	N° de entrevistados
Urbis VI	USF A	02	1197	10
Miro Cairo	USF B	02	960	10
Pedrinhas	USF C	02	837	10
Aparecida	USF D	01	460	10

(iii) estar cadastrado nas referidas quatro USF; e (iv) ter a capacidade de compreender e responder ao questionário.

A estratégia de abordagem dos candidatos a formar parte do estudo foi a ordem de

chegada para atendimento, tendo, finalmente, selecionado em cada USF os 10 primeiros usuários a chegar no local, que cumprissem os requisitos acima citados e que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu no período de outubro a dezembro de 2015, por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada, gravada com autorização dos participantes e, posteriormente, transcrita na íntegra para leitura e análise.

Procedeu-se à análise temática categorial proposta por Bardin (2011), identificando-se os núcleos de sentido que constituíam os discursos dos sujeitos, cuja aparição representou algo para os pesquisadores. A partir de então, fez-se categorização, ou seja, a classificação dos elementos constitutivos desse conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo a analogia.

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012, contando com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz e aprovado sob o parecer 1.229.297, CAAE: 46043515.3.0000.5240.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira parte do questionário aplicado permitiu traçar um perfil sociodemográfico do universo de pesquisa. A população em estudo foi constituída por 40 indivíduos (33 mulheres e 7 homens), com idade entre 30 e 78 anos (média de aproximadamente 55 anos), com preponderância de pessoas escolarizadas apenas com ensino fundamental incompleto (23/40); 8 pessoas disseram ser analfabetas. Sete entrevistados disseram receber Bolsa Família, e duas pessoas relataram aderir à tarifa social na conta de luz ou na compra de gás. A metade dos entrevistados (20/40) recebe salário, 7 deles recebem aposentadoria; as 13 restantes disseram ser donas do lar.

A segunda parte do questionário permitiu coletar o relato dos entrevistados com relação às dimensões que podem dificultam ou facilitar seu acesso como usuários hipertensos às ações e serviços de promoção e proteção da saúde por meio da ESF.

Organizou-se a análise em cinco categorias analíticas:

i. Questões geográficas

Quanto à ‘acessibilidade geográfica’, a maioria dos participantes (25/40) relatou não ter nenhum tipo de dificuldade para chegar às USF, ou seja, de modo geral, isso se deve ao fato de eles morarem próximos à unidade, não precisarem utilizar ônibus, ou qualquer outro meio de transporte, para se deslocarem até a unidade. Apesar de alguns entrevistados informarem a presença de ladeiras no trajeto da sua casa até a unidade de saúde, isso não foi configurado como um obstáculo que interferisse na sua chegada ao serviço básico de

saúde. Essa afirmação se resume no seguinte depoimento: “É pertinho, eu vim andando mesmo. Tem uma ladeirinha que a gente sobe, mas não dificulta não” (Entrevistado 10, USF B).

Essa questão também revela um ponto positivo da implantação da ESF no município de Vitória da Conquista, uma vez que demonstra que as unidades de saúde estudadas realmente se localizam no território onde os usuários e suas famílias residem.

Corroborando os achados desta pesquisa, o estudo desenvolvido por Assis *et al.* (2010) constatou que 77,4% dos usuários se deslocam a pé até a unidade de saúde; e a pesquisa feita por Azevedo e Costa (2010) em duas USF do Recife mostrou que os usuários não criticaram o acesso, sob a perspectiva geográfica, pois as unidades se localizavam próximas às moradias destes.

Ainda sobre a questão da ‘acessibilidade geográfica’, pode-se observar que a USF B foi a que se apresentou como a mais acessível a seus usuários em relação às demais unidades que fizeram parte da pesquisa. Provavelmente, isso se deve ao fato de ser uma unidade que se localiza em um bairro onde o terreno é predominantemente plano.

ii. Fatores organizacionais das USF

É sabido que a AB deve ser o ponto inicial para as pessoas terem acesso aos serviços e ações oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e mais do que isso, é assegurado a todos os cidadãos o acesso ao sistema de saúde de maneira ordenada e organizada.

Assim, mesmo que o acesso aos serviços de saúde seja reconhecido no mundo como um direito fundamental do cidadão, ainda podem ser vistos entraves que dificultam o acesso da população aos cuidados básicos de saúde (SILVA; RABINOVICH, 2013).

Nesse sentido, foi possível visualizar que há uma relativa preponderância da insatisfação dos usuários em relação a alguns aspectos da organização dos serviços das USF estudadas, como na avaliação da marcação de consultas, como é retratado no trecho da fala de um dos entrevistados: “Eu acho difícil. Porque é muita gente que passa por aqui, o posto é pequeno, pouco médico e pra gente conseguir uma ficha dá trabalho” (Entrevistado 06, USF B).

Além disso, foi notável nas falas dos entrevistados a dificuldade de terem que chegar muito cedo à unidade sem que tenham a garantia da marcação da consulta, o que é visto como um fator frustrante por parte destes. A situação está resumida no trecho do depoimento de um dos usuários: “Eu acho difícil. [...] tem pessoas que chega duas, três horas da manhã para agendar uma consulta, isso é um absurdo” (Entrevistado 07, USF A).

Essa problemática na marcação de consultas foi encontrada na pesquisa de Azevedo e Costa (2010) e também no estudo de Silva e Rabinovich (2013) realizado com idosos de USF de Itabuna, Bahia, em que os sujeitos informaram que ficavam muito tempo esperando marcar uma consulta e, muitas vezes, não conseguiam.

Com relação à realização de exames e entrega dos resultados, em todas as USF, os usuários relataram dificuldades, sendo a demora um dos principais entraves nessas situações: *“Isso aí é uma parte que é muito demorado, entendeu? [...] geralmente demora muito. Dependendo do exame demora até 3 meses”* (Entrevistado o8, USF D).

Conforme o Plano Municipal de Saúde vigente (2014-2017), a regulação do acesso da oferta de vagas para exames, consultas e procedimentos especializados é feita pela Central de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados (CRPEE) desde 1999, para que se tenha a garantia da integralidade da assistência à saúde. No entanto, o acesso dos usuários a esse serviço é feito por intermédio da unidade de saúde, que é responsável por encaminhar a solicitação do agendamento para a CRPEE; assim que o exame é agendado, ele retorna à unidade de origem para ser entregue ao usuário e, por fim, ser realizado, porém nem todo usuário de serviços de saúde conhecem esse fluxo.

É importante ressaltar que todo esse trâmite necessário para encaminhamento do exame, e por existir uma cota referente a cada tipo de exames, acaba contribuindo para a demora na realização dos procedimentos. Como defendem Silva e Rabinovich (2013), esses entraves na execução de procedimentos se configuram como um desafio para os gestores da rede pública de saúde, uma vez que convivem com a grande demanda por serviços de apoio e diagnóstico especializados e que, muitas vezes, não conseguem solucionar, resultando em longas filas e maior tempo de espera para alguns tipos exames.

Quanto ao funcionamento das USF em relação ao modo de organização dos serviços, forma e horário de atendimento, entre outros aspectos, percebeu-se que, de modo geral, houve queixas da utilização de fichas para atendimento, em que se julga oferecer uma quantidade insuficiente para atender a população, gerando filas, espera de atendimento e levando o usuário a ter que acordar cedo para tentar garantir sua vaga.

Como afirma Souza *et al.* (2009), as filas permanecem sendo um dos pilares que caracterizam a insatisfação para usuários nas unidades de saúde, como se pode conferir no depoimento a seguir: *“É péssimo, é fila de lado, é fila de outro, você não sabe que é quem, como vai ser atendido, quem vai ser o primeiro, você não sabe de nada. Aqui é tudo misturado e tem que ser uma coisa organizada”* (Entrevistado o8, USF A).

Outro resultado que merece destaque é a avaliação de como se dá a relação da equipe de saúde da família e dos demais funcionários da unidade com os hipertensos. O que pôde-se observar é que, de modo geral, não houve muitas reclamações referentes aos profissionais de saúde, inclusive aos médicos, embora haja referências que demonstram falhas no processo de humanização do atendimento no âmbito do SUS, como observado no relato abaixo:

Pra mim é bem. A médica mesmo é ótima, atende super bem. Com os outros profissionais

é mais ou menos, às vezes, assim, eles não atendem bem, às vezes estão mal-humorados, aí respondem mal, só isso. (Entrevistado 02, USF A).

Há a necessidade de investir mais na humanização na AB, que envolva não só os profissionais, mas também os trabalhadores da saúde que lidam diretamente com o público. Isso se torna evidente com as queixas direcionadas ao pessoal de apoio (receptionistas, porteiros, entre outros), que atuam, sobretudo, nas unidades de saúde A e D, como é retratado na fala de uns dos usuários: “O médico me trata bem. O pessoal da recepção é muito mal-educado, eles atendem a gente com muito mal gosto, cara feia, da bronca na gente” (Entrevistado 10, USF D).

No estudo de Souza *et al.* (2009), foram encontrados resultados similares, como a existência da falta de acolhimento aos usuários por parte dos profissionais, sobretudo de quem trabalha na recepção. Sendo assim, esses autores citam a inclusão do ‘saber tratar bem as pessoas’ como necessária para a construção do ser profissional.

Também se observou que a maioria dos indivíduos se referiu à necessidade de ter mais profissionais médicos para integrarem as equipes de saúde da família. Essa demanda por mais médicos, sobretudo por mais especialistas como visto nos discursos, é um retrato da valorização do modelo biomédico que ainda persiste nos dias atuais, além de mostrar a falta de conhecimentos dos usuários em relação ao modo de organização e funcionamento das unidades de saúde.

Ao mesmo tempo, é válido destacar que a reivindicação por mais profissionais de saúde nas unidades se torna relevante à medida que a insuficiência quantitativa destes refletem, de certa maneira, na qualidade dos serviços prestados.

Portanto, o que se percebe é que a ESF não conseguiu romper com esse modelo assistencial médico-centrado. Para reduzir a influência desse modelo nas práticas de saúde, é preciso que os usuários usufruam de seus direitos de acesso universal e deixem de ser meros expectadores do cuidado em saúde.

iii. O acesso sob a perspectiva da dimensão econômica

A dimensão econômica corresponde ao modo de acesso aos bens e serviços de saúde pelos usuários e como esse acesso está dependente das condições socioeconômicas das pessoas e limitado pela capacidade de intercessão do Estado na coordenação da rede de atenção à saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Assim como no estudo de Reis *et al.* (2013) realizado na ESF de São Luís, na presente pesquisa, observou-se uma relativa insatisfação acerca da disponibilidade dos medicamentos oferecidos na AB, como se resume no trecho do depoimento do seguinte entrevistado: “Quando tem

o medicamento completo a gente pega, quando não tem é obrigado comprar” (Entrevistado 07, USF C).

A falta de medicamentos nas unidades reflete, de certo modo, em lacunas no planejamento e no sistema de monitoramento e controle para aquisição destes, cabendo à gestão municipal rever todo o processo que envolve a compra de medicamentos e, a partir de então, criar novos mecanismos que possam garantir a dispensação desses remédios aos usuários.

Pode-se perceber que essa situação está sendo amenizada pela distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos pelas farmácias cadastradas pelo governo. No entanto, ainda assim, alguns usuários têm dificuldades para adquirir determinados medicamentos, tendo que os comprar, o que acaba comprometendo o orçamento da família, que, em sua maioria, depende do salário mínimo, de aposentadorias e da Bolsa Família.

No entanto, a pesquisa elaborada por Busato e Lunkes (2012) enfatiza a existência da ‘cultura da medicalização’ e a percepção da população de que o medicamento é um bem de consumo, e, portanto, não é visto como um insumo básico de saúde. Por isso, a disponibilidade ao medicamento deve ser acompanhada da conscientização dos usuários, de modo a estimular o uso racional dos medicamentos.

Além disso, nas entrevistas, ficou explícito que os usuários, em síntese, afirmaram que os serviços oferecidos no âmbito da AB atendem as suas necessidades básicas de saúde: *“Até agora eu acho que atende”* (Entrevistado 06, USF B). No entanto, ainda se observa a supervalorização dos serviços ofertados na rede privada de saúde; há essa forte percepção de que pagando nos serviços particulares se terá melhor atendimento do que no SUS: *“Eu procuro porque se eu tivesse o dinheiro eu fazia mais particular”* (Entrevistado 08, USF C).

Ressalta-se que muitas ações e serviços característicos da AB não são proporcionados para os pacientes que buscam atendimento na rede particular ou que tenham seguros de saúde. Conforme outros autores, isso se deve ao próprio cenário em que se perpetuou a cultura neoliberal no campo da saúde, resultando em um sistema de saúde baseado na cidadania regulada. Sendo assim, em desacordo com o sistema público de saúde brasileiro, ainda é perceptível certa preferência pelos serviços encontrados em estabelecimentos de saúde privados (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

iv. Participação dos usuários no controle social

O estudo revela que esta participação social é praticamente ausente, pois os usuários apresentam uma postura de sujeitos passivos, que apesar de terem a noção da importância da participação para a garantia dos direitos, isso é delegada ‘a comunidade’ ou se assumem a falta própria sem muita autocrítica. O seguinte trecho resume esse pensamento:

A comunidade não é muito atenta para atuar nas reuniões, até eu mesmo. Mas eu sou mui-

to preocupado e às vezes cai num dia que não estou aqui e tal, num dia que a gente já tem os compromissos. Mas eu vejo aqui as reclamações que o pessoal num participa muito não, mas divulgam e os responsáveis estão presentes, é o pessoal que não vai. (Entrevistado 01, USF B)

A USF A teve a pior performance, isto é, foi a unidade de saúde com menor adesão às ações de controle social por parte dos usuários. Esses resultados vão ao encontro dos da pesquisa de Bispo Júnior e Martins (2012) realizada em Vitória da Conquista, que também aponta para o pouco envolvimento e participação da população nos Conselhos Locais de Saúde, em que as pessoas se mostram individualistas, pois só se envolvem nos espaços de participação social se lhes trouxerem benefícios pessoais e imediatos.

Diante disso, é preciso que haja um processo de empoderamento dos usuários do SUS, que lhes traga a consciência sanitária para atuarem como cidadãos nos mais diversos espaços de decisões políticas, sobretudo no campo da saúde.

Serapioni (2014) também reforça o empoderamento (*empowerment*) para estimular a participação dos usuários na comunidade. O sentimento de pertencimento à comunidade promovido pelo empoderamento que faz os sujeitos atuarem em prol de um projeto político comum.

Outra observação é que há confusão entre a participação no controle social e ‘reuniões na igreja’, como palestra sobre algum assunto que lhes interessa, ou seja, não participam como cidadãos pelo bem comum, mas apenas como usuários para o bem deles próprios.

Portanto, a ESF deve ser fortalecida no sentido de desenvolver práticas concretas e construir espaços que sirvam de apoio para a produção de sujeitos reflexivos que estejam comprometidos em transformar a realidade em que vivem, fazendo valer a sua cidadania.

v. Percepções dos direitos

Ao se avaliar a questão do reconhecimento dos direitos dos usuários pelos serviços de saúde, percebeu-se que, em todas as USF, os usuários referiram ser bem atendidos e sempre respeitados nesses locais: *“Com certeza! Eu sou bem atendida e muito respeitada, nunca tive desrespeito nenhum”* (Entrevistado 05, USF D). Todavia o direito é visto pelos entrevistados não na perspectiva da cidadania, da reivindicação pela garantia de cumprimento dos direitos fundamentais, mas como um ‘direito do consumidor’ de ter acesso aos serviços (consulta, exames e medicamentos) e, em especial, de ser bem tratado. A fala a seguir ilustra essa situação: *“Tem todos os direitos, né, de ser bem atendida, se precisar de um exame assim, de uma operação [...] tem direito ao remédio se precisar, ter médico [...]”* (Entrevistado 02, USF A).

É importante reconhecer que o olhar do usuário sobre o sistema público de saúde ainda é bastante focalizado nas atividades e práticas assistenciais, há sempre uma maior valorização

do uso/consumo de procedimentos e consultas. Em outras palavras, Martins *et al.* (2011) explicam que tal situação se deve à falta de conhecimento do sistema sanitário pela sociedade, pois ainda existem muitas pessoas que não consideram a saúde com um direito do cidadão, demonstrando falhas ao exercerem a cidadania, perdendo, dessa forma, a oportunidade de agirem como protagonista para criação e aprimoramento das políticas públicas de saúde.

Outro aspecto que chamou atenção nesta pesquisa foi o desconhecimento da política pública de saúde voltada para o atendimento do paciente hipertenso pelos próprios beneficiários da política, como se visualiza em um depoimento: “Nesse caso eu não sei, porque eu não tenho esse conhecimento” (Entrevistado 09, USF D).

Outros usuários admitiram que sabem onde se informar sobre a política, porém demonstram pouco ou nenhum interesse. Somado a isso, sente-se forte influência da mídia na divulgação de informações que, muitas vezes, mostram situações que não condizem com o que são estabelecidas pelas políticas públicas de saúde e não fazem parte das práticas de saúde que são desenvolvidas no cotidiano das unidades de saúde.

Por outro lado, os poucos usuários que se dizem sentir beneficiado com a política de saúde, apenas se referem à distribuição gratuita de medicamentos, isso mostra que desconhecem todos os outros benefícios que são disponibilizados na rede de saúde pública para o hipertenso, como se pode notar no seguinte trecho: “Acho que só a medicação mesmo. Eu me sinto, evita da gente comprar” (Entrevistado 10, USF C).

Sabe-se que a política nacional de saúde que se preocupa especificamente com a pessoa com HA vai além do fornecimento de medicamentos, é também a garantia do cadastramento e acompanhamento de modo sistemático dos hipertensos e traz uma série de ações de promoção de saúde e a prevenção de outras doenças e complicações (CUNHA; CESSE; FONTBONNE, 2011).

Portanto, é concebível que a saúde é um direito de todos, porém o acesso a esse direito, segundo Lanzoni *et al.* (2009), é facilitado aos usuários que têm conhecimento de seus direitos. Nesse sentido, é preciso inserir a temática dos direitos e deveres dos usuários do SUS em atividades educativas nos mais diversos espaços do campo da saúde.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, os usuários apontaram algumas fragilidades no acesso às ações e serviços da ESF em Vitória da Conquista, como a demora no agendamento de consultas e realização de exames, grande demanda por especialidades médicas, descrédito da população em relação aos serviços públicos de saúde, falta de humanização no atendimento, insuficiência de profissionais de saúde, sobretudo médicos, e irregularidade no fornecimento de medicamentos nas USF.

Também foi evidenciado o desconhecimento dos usuários das políticas de saúde e dos seus direitos enquanto cidadãos, sendo a saúde vista com um bem de consumo, não relacionando isso com um direito social. Além disso, a participação no controle social é ausente ou muito pequena, o que remete à constituição de sujeitos passivos, pouco preocupados em defender os interesses coletivos.

Com base no exposto, considera-se que, apesar de terem mencionado facilidades no acesso aos serviços básicos de saúde, como proximidade das unidades de saúde aos seus locais de moradia, ainda há lacunas, principalmente na organização da assistência da ESF que limita o acesso das pessoas aos cuidados de saúde na AB e em outros níveis de atenção à medida que ocorre entraves no fluxo de serviços e procedimentos entre as diferentes redes de cuidado, o que, de certo modo, inviabiliza o acesso a integral à saúde.

Nesse sentido, observa-se que há falha do SUS não apenas em satisfazer as demandas desses sujeitos, mas principalmente na construção dos sujeitos da cidadania sanitária, capazes de conhecer os seus direitos, de controlar, criticar e propor políticas que garantam seus direitos sociais em geral e à saúde em particular.

Portanto, é preciso juntar esforços no sentido de vencer as barreiras impostas pelo modelo biomédico ainda predominante no imaginário dos usuários e nas práticas dos profissionais de saúde, que faz com que se perpetue a ideologia de que os serviços ofertados na rede privada (mercadorias a ser consumidas) são melhores do que os ofertados nos serviços públicos (concebidos como espaço participativo de garantia do direito à saúde, mas praticado como oferta de mercadoria com menor qualidade). Cabe ao próprio SUS promover a superação dessa cultura mercadorizante que, há várias décadas, vem 'medicalizando' a sociedade. No caso da HA, a medicalização é particularmente relevante, embora o atendimento dos usuários das USF priorize a prática da provisão individual de medicamentos em detrimento das ações coletivas que promovam mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares. Por um lado, tal medicalização implica uma relação que privilegia a figura do médico (que prescreve a medicalização) com relação ao restante da equipe multidisciplinar, desconfigurando a proposta fundante da ESF como estruturante da AB da saúde; por outro, gera uma relação usuário-serviço centrada nas figuras consumidor-provedor de cunho individualista que dificulta a percepção da saúde como direito que se conquista por meio da participação.

Nessa perspectiva, é recomendável que a ESF diversifique e humanize suas atividades relacionadas com o tratamento da HA, organizando ações coletivas educativas, lúdicas, participativas e horizontalizantes (ou seja, sem a frequente formalidade e verticalidade das palestras informativas). Esse tipo de socialização, além de favorecer o empoderamento da cidadania sanitária, promoveria a aproximação dos usuários às unidades de saúde, estimulando a participação deles também no controle social.

As mudanças necessárias para facilitar o acesso às ações e serviços de saúde e vislumbrar uma qualidade melhor no atendimento no âmbito da AB à saúde envolvem questões referentes à revisão e reorganização da assistência com a participação dos gestores, profissionais e usuários, além de propiciar meios para o fortalecimento das relações e das práticas de humanização do tratamento no SUS.

Diante da realidade, o desenvolvimento deste estudo possibilitou uma maior compreensão do acesso aos serviços de saúde via ESF no município de Vitória da Conquista, tornando-se um instrumento para elaboração de políticas públicas locais que poderá subsidiar futuras pesquisas no campo da saúde e direito.

COLABORADORES

Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-910, dez. 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1313-1332, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Atenção Básica: hipertensos cadastrados por zona segundo tipo de equipe*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBR.DÉF>>. Acesso em: 14 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.
- BUSATO, M. A.; LUNKES, E. F. Assistência Farmacêutica na Estratégia Saúde da Família em um município de pequeno porte de Santa Catarina. *Rev. Saúde Públ.*, Santa Catarina, v. 5, n. 1, jan./abr. 2012.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.
- CUNHA, N. M.; CESSE, E. A. P.; FONTBONNE, A. A política de saúde no Brasil e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) na ótica do direito à saúde: fragilidades e desafios. In: OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). *et al. Direito e Saúde: Cidadania e Ética na Construção de Sujeitos Sanitários*. Alagoas: Edufal, 2013.
- DANTAS, R. C. O. *Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde*. 2013. 151 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- FERTONANI, H. P. *et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1869-1878, jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2014/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

_____. *População estimada 2015 em Vitória da Conquista (BA)*. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=&codmun=293330>>. Acesso em: 14 out. 2016.

LANZONI, G. M. M. *et al.* Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 145-154, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, dez. 2014.

SILVA, G. L.; RABINOVICH, E. P. As barreiras da universalidade do acesso vivenciado por idosos nas Unidades Saúde da Família. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v. 6, n. 1, p. 3-24, jan./jun., 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

SOUZA, A. C. C. *et al.* Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm*, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 535-539, ago. 2009.

Capítulo 16

Papiloma Vírus Humano: acesso e direito à informação

Karla Cavalcante Silva de Moraes
Simone Santos Oliveira

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública, principalmente nos países mais pobres. Cerca de 500 mil casos novos são diagnosticados anualmente no mundo, com disparidades importantes entre as nações. A incidência é duas vezes maior nos países menos desenvolvidos se comparada a dos mais desenvolvidos. Essa diferença também é verificada em relação à sobrevivência, já que, nos países mais pobres, o diagnóstico é realizado na maioria das vezes em estágios avançados (INCA, 2009; SIMÕES, 2010; BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

O Papiloma Vírus Humano (HPV), de transmissão sexual, está relacionado com o desenvolvimento de aproximadamente 98% dos casos dessa neoplasia. É condição necessária, mas não suficiente para o seu surgimento (LINHARES; VILLA, 2006). São considerados ainda como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero: início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros sexuais; tabagismo (diretamente relacionado com a quantidade de cigarros fumados); baixa condição socioeconômica; imunossupressão; uso prolongado de contraceptivos orais (INCA, 2008).

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada com a diminuição do risco de contágio pelo HPV. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por meio do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (INCA, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico antecipado (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e

encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (WHO, 2007).

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2008).

Nos anos 1980, o Brasil assumiu o controle desse câncer como prioridade nas políticas que atendem à saúde da mulher, e pode-se afirmar que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), cujo marco data de 1984, foi a primeira ação em nível nacional para o controle do câncer de colo uterino, embora não fosse voltado especificamente para a doença (INCA, 2004).

Desde então, diversas iniciativas são realizadas nessa direção, e, em 2013, foi lançada a Portaria nº 874/2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo ano, a Portaria nº 3.394/2013 instituiu o Sistema de Informação de Câncer (Siscan), uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e do Câncer de Mama (Sismama) (BRASIL, 2013).

Em 2014, a Portaria nº 189/2014 instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM). Essa Portaria estabeleceu os critérios para a habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer. Ainda em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV. A vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros causam verrugas genitais, e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2014).

A meta foi vacinar pelo menos 80% da população-alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência desse câncer nas próximas décadas no País. A vacinação e o exame preventivo (Papanicolau) se complementam como ações de prevenção dessa neoplasia. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV (INCA, 2014).

Dados disponibilizados pelos Registros Hospitalares de Câncer mostram que cerca de 50% dos casos da doença são diagnosticados em fases avançadas. A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 anos a 29 anos de idade, e o risco

umenta na faixa etária de 45 anos a 49 anos de idade. Em 2008, foi estimado o número de 18.680 novos casos, com risco de 19 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2007).

O objetivo do estudo aqui apresentado foi analisar o nível de informação sobre o HPV de usuárias da atenção básica, identificando como se dá o acesso e o conhecimento sobre o direito à informação.

Pesquisa de cunho descritivo, exploratório e de natureza qualiquantitativa também buscou verificar o conhecimento da população estudada, especificamente, sobre o seu direito à informação.

DIREITO, COMUNICAÇÃO E SAÚDE

A ‘Carta dos direitos dos usuários da saúde’ foi criada com a intenção de informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres como usuário do SUS. Ela é um esclarecimento de seis princípios de cidadania destacados a partir da legislação. A maioria desses princípios relaciona-se ao atendimento médico. Quanto à participação e ao controle social, o documento declara o direito de acesso às devidas instituições onde podem ser feitas sugestões, reclamações e denúncias, além do direito de participar de conferências, conselhos de saúde e conselhos gestores, seja como representante, seja indicando seus representantes (BRASIL, 2007).

As consequências desses direitos é que, no campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a cidadãos, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Assim, seguindo Araújo e Cardoso (2007), existe a premissa de que políticas públicas necessitam sair do papel para terem efetividades, circulando e sendo apropriadas pela população de destino. A comunicação é inseparável desse processo; e pode-se afirmar que a natureza e a qualidade da comunicação são determinantes para o sucesso da política considerada.

No entanto, como alerta as autoras, muitas vezes a ‘informação’ se confunde com a ideia de ‘comunicação’. Esse modelo faz acreditar que a ação comunicativa se limita à transferência de informações, normalmente, a uma população ignorante sobre que as questões relativas a sua vida e, portanto, a sua saúde. Dessa forma, grande parte do material que informa e educa trata a população como carente de recursos e conhecimento, reforçando a desigualdade inicialmente e nos extremos, excluindo, quando deveria atingir o resultado oposto. O processo comunicativo fica assim invisibilizado, favorecendo a sensação de que o diálogo não é possível ou não existe. Nesse sentido, aceitar que o interlocutor também possui conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento é um passo importante para qualquer política pública dependente do ato comunicativo. A possibilidade de comunicar está ligada à capacidade de contextualizar; e sem os contextos em que a comunicação se realiza, a comunicação se confunde com transmitir informação.

Assim, o princípio da universalidade do SUS, saúde como direito universal, direito de todos, teria correspondente na comunicação como direito de todos.

O acesso não está garantido pela oferta ou pela simples adequação de códigos a um perfil médio dos desejados receptores, mas pela articulação dos contextos de circulação e apropriação. A possibilidade de apropriação é, então, um parâmetro para a equidade. Mas falamos também de circulação e a equidade pode ser vista sob esse outro prisma, o da capacidade de fazer circular suas ideias e participar de modo mais equânime da rede de produção dos sentidos. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 62).

Comunicação e saúde é um termo que indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre diversos campos sociais. O termo comunicação e saúde, portanto, delimita um território de disputas específicas, embora atravessado e composto por elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga. Trata-se de um campo ainda em formação, mas como os demais, constitui um universo multidimensional, no qual agentes e instituições desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos e negociações (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). E que pretendeu ser considerado pelo trabalho aqui desenvolvido.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no município de Vitória da Conquista na região Sudoeste do estado da Bahia. O município é o terceiro maior do estado, com uma população de 340.199 habitantes (IBGE, 2014). Ao todo, existem sete UBS que ofertam serviços básicos por meio de várias especialidades: clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, entre outras.

O critério para escolha das unidades foi aleatório e realizado por sorteio, de maneira que não criasse vieses na pesquisa. A pesquisa de campo foi realizada em julho de 2015 nas duas UBS.

As participantes da pesquisa foram mulheres, usuárias das referidas UBS, com idade entre 25 e 64 anos, em um total de 50. O convite à participação se deu às usuárias presentes no momento das visitas. Após uma primeira abordagem, foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e conferido se a participante se enquadrava nos critérios de seleção.

Para coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado com questões sobre: idade, profissão, renda, escolaridade, raça, acesso à informação, utilização dos serviços ofertados pelas unidades, conhecimento sobre o significado do HPV, informações sobre o tema, facilidade ou não de acesso e conhecimento da existência do direito à informação.

O instrumento foi aplicado individualmente, nas próprias UBS, em local com mínima interferência de fatores externos, propiciando privacidade às usuárias. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ficaram com uma cópia assinada pela pesquisadora.

A análise dos dados quantitativos foi realizada de maneira descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e porcentagem) e inferencial (aplicação do teste Qui-quadrado, sendo adotado um p valor de 10%). Os dados qualitativos por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009) foram ordenados, classificados e, posteriormente, articulados com a literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Lei nº 12.527/2011 regulamenta o direito constitucional de obter informações públicas. Essa norma entrou em vigor em 16 de maio de 2012 e criou mecanismos que possibilitam a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades. A Lei vale para os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive aos Tribunais de Conta e Ministério Público.

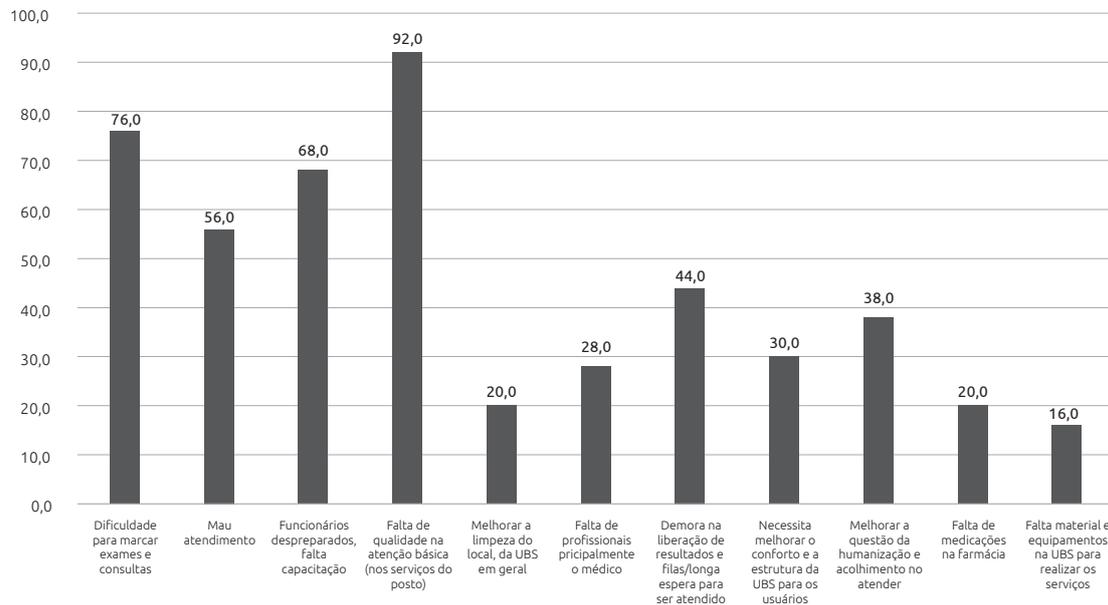
Na pesquisa, verificou-se que, em relação ao direito à informação, 62,0% das entrevistadas nem sabiam que isso era um direito. Ainda sobre os seus direitos em relação ao SUS, 90,0% das mulheres entrevistadas responderam que não tinham consciência desses direitos.

A maioria das usuárias entrevistadas está insatisfeita com a forma que é feito o repasse de informações pela UBS: 66,0% apresentam insatisfação; e 34,0% apresentaram alta insatisfação.

Essas respostas confirmam o quanto ainda se fazem necessárias ações de promoção e prevenção em saúde e que estas sejam realizadas com afinco na atenção básica, porta de entrada do sistema. Aponta-se para a importância que os indivíduos e as comunidades tenham oportunidade de conhecer e, se possível, controlar os fatores determinantes da sua saúde: acesso à informação e à uma saúde de qualidade, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis.

No *gráfico 1*, podendo escolher mais de uma opção, verifica-se que 92,0% das mulheres apontam como necessidade de maior atenção da Prefeitura a falta da qualidade nos serviços oferecidos, seguido da dificuldade para marcar exames e consultas com 76,0%. Além disso, 68,0% consideram os funcionários despreparados e que lhes falta capacitação.

Ainda que as percepções de um serviço estejam vinculadas a uma avaliação subjetiva, é imprescindível que o profissional conheça as expectativas dos usuários para trazer melhorias no desempenho do trabalho, e para isso é necessário ouvi-los, uma vez que os usuários dependem dos serviços e possuem a habilidade de julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e sugerir ideias úteis de melhoria (SOUSA; COLETA, 2012).

Gráfico 1. Quesitos que merecem atenção da Prefeitura

Um problema crônico do SUS está ligado à inadequada política de pessoal em geral e à falta de profissionais e de médicos em particular. A definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na Atenção Primária à Saúde (APS) não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutive para o tipo de problema de saúde do usuário. As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS e acabam servindo como alibi para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS. Concebe-se acesso como acesso ao sistema de saúde nos seus diversos níveis de atenção (CAMPOS *et al.*, 2014).

A qualidade do serviço depende da boa relação profissional-usuário, da motivação dos profissionais, do número adequado destes e das boas condições da estrutura física. Os profissionais nem sempre têm suas necessidades e expectativas levadas em consideração, contudo a atuação e a qualidade dos serviços de saúde dependem deles e de sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolvem. Diante disso, é mister considerar necessidades e expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que, na organização de serviços, há uma relação de troca entre os sujeitos, e esse relacionamento refletirá na qualidade do serviço, além de proporcionar efeitos positivos ao tratamento (VOLPATO *et al.*, 2010). No que se refere à saúde das mulheres, ratificam-se as ideias de Almeida, Araújo e Menezes (2009), quando apontam a necessidade de formação dos profissionais em planejamento familiar,

orientação sexual e métodos preventivos, bem como um aumento na oferta de atividades educativas em grupo para os usuários em uma base contínua, incluindo o máximo possível de mulheres e todos os profissionais da equipe de saúde nas atividades educacionais.

Com relação à compreensão sobre o HPV, as participantes tiveram respostas heterogêneas sobre o tema; em que a maioria não compreendia o significado do termo, umas confundiam o HPV com outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), outras tinham o mínimo de compreensão sobre o tema e, por fim, algumas reconheceram a significação do termo e o associaram às ações de educação em saúde, vacinação e políticas públicas:

Não sei o que é isso. (ent. 1).

É uma doença, mas não sei explicar qual. (ent. 12).

Sim, é um vírus, o Papiloma Vírus Humano; que causa doença sexualmente transmissível, eu vi isso na televisão. (ent. 16).

Não sei. (ent. 18).

Sim, é uma doença igual Aids né? (ent. 36).

Percebe-se, pois, que a informação em saúde ainda está longe de atingir níveis de comunicação que consolide o direito à informação. Deve ser oferecida de forma adequada ao usuário, para que este possa exercer seus direitos ativamente, ao reconhecer a patologia, em que ela consiste, o que a causa, os métodos preventivos disponíveis e, assim, poder fazer escolhas independentes. Ela deve incluir orientação sobre métodos contraceptivos, bem como sobre saúde sexual, preventiva e reprodutiva.

A correlação fica assim clara quando 74% das mulheres entrevistadas afirmam que nenhum profissional na UBS as informou sobre o tema HPV ou sobre a importância da vacinação.

Ressalta-se a importância da educação em saúde para a população em geral, do debate sobre o HPV entre outras patologias, ações voltadas para o público feminino, como palestras, sala de espera etc., e o papel de cada um neste processo. Fazendo-se necessário, ainda, o fortalecimento e readequação das ações desenvolvidas no que diz respeito à busca ativa, de modo que forneça subsídios para o desenvolvimento de atividades que possam ser realizadas fora do ambiente de trabalho no intuito de educar e orientar mulheres usuárias do SUS.

Cabe aqui destacar que, ao serem questionadas sobre a compreensão do HPV, duas participantes confirmaram ter o vírus: “Sei que é um vírus e eu tenho, tem 2 anos que trato” (ent. 46); “Estou com ele tratando e sei que pode dar câncer” (ent. 49).

Foi perceptível que essas duas participantes, mesmo já sendo portadoras do vírus do HPV, ainda pouco sabem sobre o tema; respondendo às questões com insegurança e demonstrando desconhecimento com suas expressões faciais. Indagadas sobre o que conheciam acerca dos potenciais riscos do HPV, elas se expressaram na maioria das vezes com termos do tipo: ‘não sei’, ‘câncer do colo de útero’, ‘câncer’, ‘feridas’ e ‘morte’.

Causa outras doenças; causa também feridas, ‘boqueira’, bicho e verruga. (ent. 2).

Não sei. (ent. 5).

Causa doença, como feridas e câncer eu acho. (ent.6).

Feridas na vagina e na boca; câncer no útero e se não cuidar metástase e morte. (ent. 17).

Ferimentos, verrugas e pintas. (ent. 45).

Em relação às atividades educativas promovidas pelas UBS, as mulheres responderam que elas são ainda pouco desenvolvidas ou até mesmo que não participam, principalmente de forma coletiva, por meio de palestras, sala de espera; e mesmo quando as UBS promovem estas atividades, a maioria das mulheres não tem interesse ou não se sentem convidadas a participar. Percebe-se assim, que os trabalhadores em saúde ainda necessitam explorar ações e novas formas de chamar a atenção desse público, estimulando-as a participarem com mais frequência das atividades desenvolvidas.

Com relação ao que poderia ser feito para prevenir ao HPV, foram encontradas limitações e/ou dificuldades para a efetivação da prevenção adequada, em que foram obtidas as seguintes respostas das participantes da pesquisa, que se concentraram na falta até mesmo do básico em termos de informação:

Sei lá. (ent. 3).

Usar camisinha uma vez por semana ou quando for gozar. (ent. 6).

Ter cuidado com a relação sexual e com os parceiros. Acho que relação sexual só pode depois de casado e mesmo assim o homem pode trair a gente e passar a doença, né? (ent. 15).

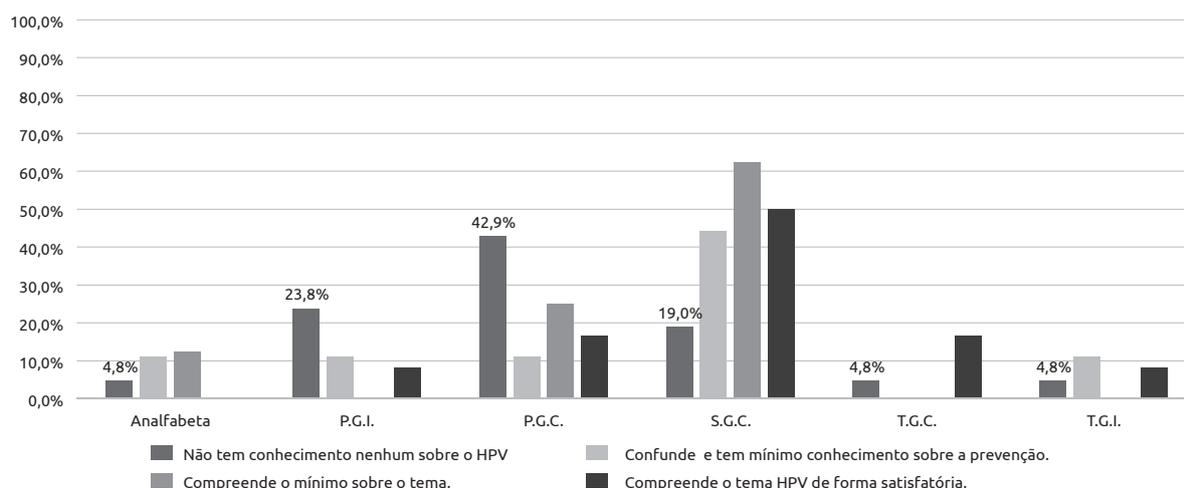
Usar camisinha, mais não uso, não gosto. (ent. 36).

Observa-se nas falas acima que as principais limitações estão centradas na falta de conhecimento básico sobre o que vem a ser o HPV e do que fazer para se prevenir.

A adesão, entre as mulheres, do uso do preservativo também apareceu no discurso (ent. 36) como limitação, o que reforça a necessidade de estratégias voltadas para atração desse público com maior orientação e conscientização, incluindo a sensibilização e capacitação dos profissionais e, por fim, a própria reestruturação dos serviços (SILVA *et al.*, 2009).

O gráfico 2 mostra a relação entre o grau de instrução das mulheres entrevistadas com o conhecimento que elas demonstraram ter sobre o HPV. Neste gráfico, também foram utilizados os dados qualitativos.

Gráfico 2. Grau de instrução segundo o conhecimento sobre o HPV



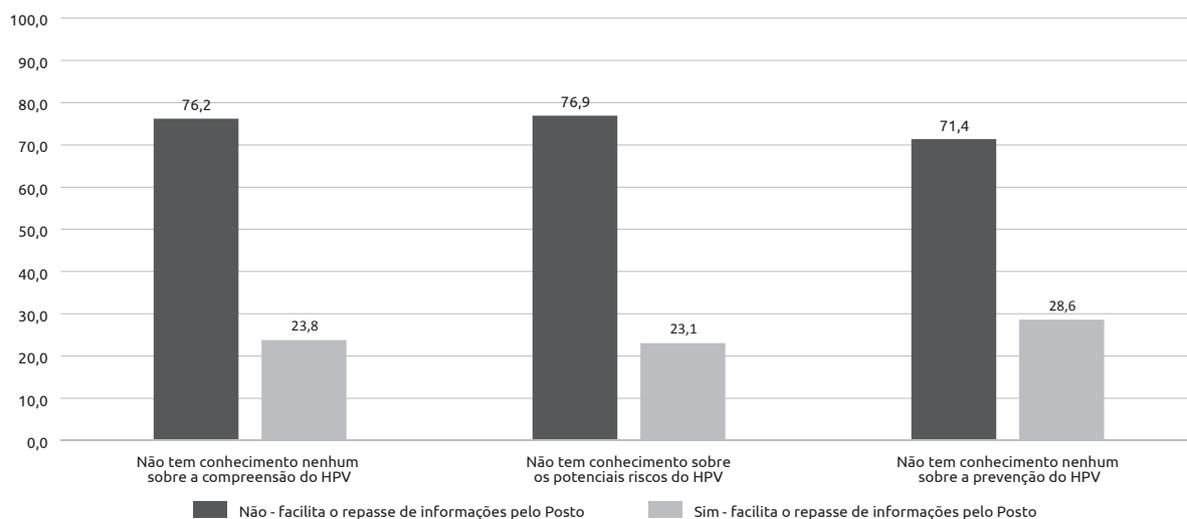
Primeiro grau incompleto (P.G.I.), Primeiro grau completo (P.G.C.), Segundo grau completo (S.G.C.), Terceiro grau completo (T.G.C.) e Terceiro grau incompleto (T.G.I.)

O nível de instrução das mulheres entrevistadas indica relação direta com a questão do conhecimento: quanto maior o grau de instrução (do segundo grau completo até o terceiro grau incompleto), maior o conhecimento dessas mulheres sobre o tema HPV; quanto menor o grau de instrução (mulheres que possuem até no máximo o primeiro grau completo), maior a possibilidade de não terem conhecimento sobre o HPV e de confundi-lo com outras DST. Pelo gráfico, do total de 71,5% das mulheres que possuem até o primeiro grau completo, também não possuem conhecimento sobre o HPV (gráfico 2).

Com a grandeza do problema da infecção por HPV estão o desconhecimento sobre o próprio vírus, os sinais e sintomas da infecção, sua relação com o câncer cervical e as formas de transmissão, e tudo isso está relacionado com o grau de instrução do indivíduo. A falta de informações adequadas a respeito do HPV pode influenciar na formação de concepções errôneas que podem interferir de forma negativa no comportamento do próprio paciente e das pessoas que fazem parte do seu contexto social. Muitas vezes, o indivíduo só vem saber do que se trata o HPV quando já está contaminado e quando procura tratamento (SOUSA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

O *gráfico 3* correlaciona o repasse de informações e o conhecimento que as entrevistadas demonstraram ter sobre o HPV.

Gráfico 3. Repasse de informações segundo o conhecimento sobre o HPV



A partir do *gráfico 3*, pode-se dizer que, em relação à pergunta qualitativa sobre o que viria a ser o HPV (para analisar a compreensão sobre o tema), a maioria das mulheres entrevistadas (76,2%) não tem conhecimento nenhum sobre o tema, e elas também afirmam que o posto de saúde não facilita o repasse de informações ao usuário. Afirma-se aqui que o repasse de informações está inteiramente relacionado com o nível de conhecimento destas mulheres sobre o HPV.

Das mulheres que não possuem conhecimento sobre os potenciais riscos do HPV,

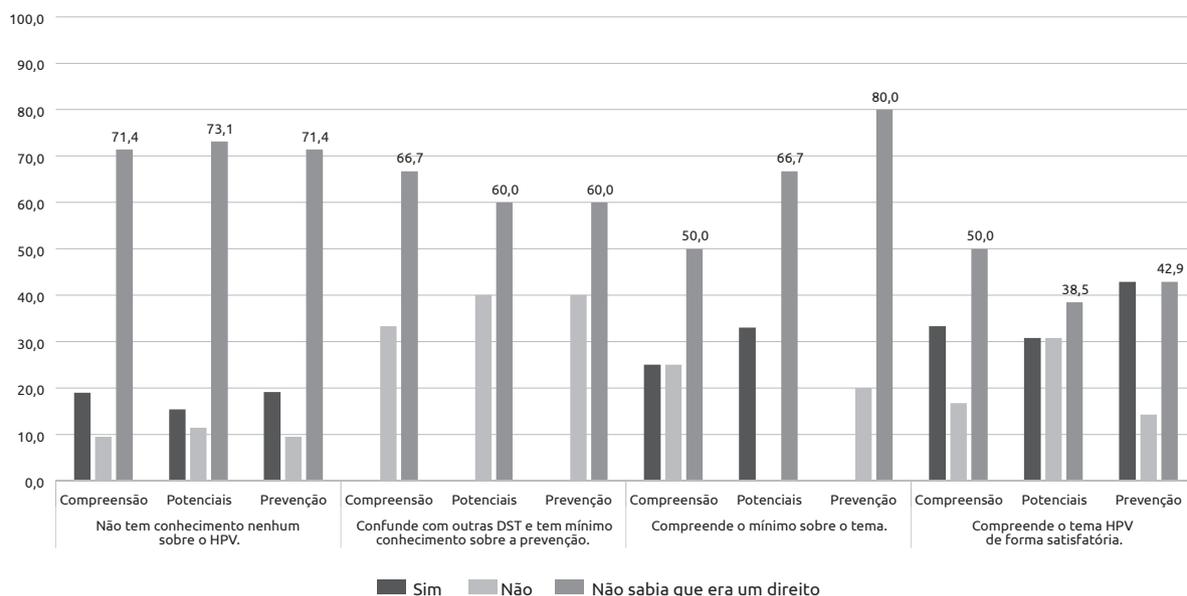
76,9% afirmam que o posto também não facilita o repasse de informações. O que corrobora a linha de pensamento do parágrafo anterior. Por fim, 71,4% das mulheres que não têm conhecimento sobre os fatores de prevenção para com o HPV também dizem que o posto de saúde não facilita o repasse de informações. Pode-se considerar que há um grande desconhecimento sobre outros fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero indicados anteriormente: início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros sexuais; tabagismo; baixa condição socioeconômica, imunossupressão; uso prolongado de contraceptivos orais (INCA, 2008).

Se as questões acima indicam a importância da comunicação e saúde, em que a informação deve ser bem absorvida pelos usuários SUS para uma prevenção efetiva, essa importância se confirma ao se levar em conta a possibilidade de cura. Entre todas as neoplasias, a do colo uterino, quando diagnosticada precocemente, tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, além de bom prognóstico. Entretanto o diagnóstico realizado tardiamente é um dos principais responsáveis pela manutenção das altas taxas de mortalidade (INCA, 2014).

Prevenir o aparecimento do câncer de colo uterino significa minimizar as chances de uma pessoa desenvolver a doença, por meio de ações que afastem os fatores de riscos e aumentem a qualidade da assistência à saúde. É importante destacar que o referido câncer possui características que permitem sua detecção em estágio pré-maligno ou inicial. As ações de cuidado que as mulheres adotam em relação à prevenção do câncer de colo do útero somente têm efeito se realizados de forma periódica e com acompanhamento profissional adequado. É imprescindível ressaltar a importância de que essas mulheres conheçam as formas de prevenção para essa doença, pois, à proporção que entendem sobre as medidas preventivas, de manutenção ou melhora da saúde e reabilitação, tornam-se aptas a enfrentar melhor a doença e suas repercussões, permitindo gerenciamento mais efetivo de suas vidas (SANTOS *et al.*, 2011).

O conceito de informação é transversal às inúmeras áreas do conhecimento, desde áreas científicas mais reflexivas, chamadas de leves, às consideradas ciências duras. A transversalidade da informação está para além do campo científico e se encontra nos diversos campos da relação social, em todos os períodos históricos e culturas (MONTEIRO, 2015). Dessa forma, não deve ser ignorada.

O gráfico 4 mostra a correlação do direito à informação e o conhecimento demonstrado sobre o HPV. Da análise qualitativa desta pesquisa, foram criadas quatro categorias nas quais as respostas das mulheres entrevistadas foram organizadas. As categorias são: não tem conhecimento nenhum sobre o HPV; confunde com outras DST e tem mínimo conhecimento sobre a prevenção; compreende o mínimo sobre o tema; e por fim, compreende o tema HPV de forma satisfatória.

Gráfico 4. Direito à informação segundo o conhecimento sobre o HPV

272

Ao observar ainda o *gráfico 4*, em relação à primeira categoria, relacionando com as perguntas abertas (qualitativas) do formulário aplicado, o que prevaleceu em mais de 70% em cada pergunta foi que as mulheres não tinham consciência de que o direito à informação consistia em um direito de fato.

Em relação à segunda categoria, o que prevaleceu em mais de 60,0% em cada pergunta foi que as mulheres também não possuíam consciência de que o direito à informação consistia em um direito de fato. Já relacionando à terceira categoria, o que prevaleceu foi que, entre 50,0% e 80,0% em cada pergunta, as mulheres não tinham consciência de que o direito à informação consistia em um direito garantido pela Constituição.

Por fim, em relação à quarta categoria, o que prevaleceu em mais de 38,5% foi que as mulheres não tinham consciência de que o direito à informação consistia em um direito de fato.

CONCLUSÃO

O resultado desta pesquisa indica que as mulheres de baixa escolaridade têm menos acesso à informação em saúde, fator de risco já conhecido para a doença quando relacionado com a baixa condição socioeconômica. São necessários maiores investimentos em comunicação e saúde, sejam em seu formato informativo, educativo ou na relação mais qualificada e dialógica entre os profissionais e os usuários do SUS; como também novas

pesquisas científicas que aprofundem e ampliem esta temática. Aplicar princípios e diretrizes relativos à comunicação e saúde para prevenção do câncer disseminando e ampliando o conhecimento da população sobre os fatores de risco é fundamental. Somente assim será possível promover inclusão social e produzir resultados favoráveis nos indicadores de saúde, mesmo que em médio e longo prazo.

As UBS, em sua maioria, oferecem o exame preventivo do câncer de colo uterino. Manter a garantia do oferecimento do exame citopatológico ao maior número possível de mulheres é muito importante, pois, muitas vezes, estas deixam de realizá-lo por falta de locais para atendimento. Esse atendimento contribuirá para uma redução significativa de óbitos de mulheres. Quando facilitado e ágil, o acesso ao atendimento básico estimulará as mulheres a procurarem os serviços de saúde que combinado com comunicação e informação indica uma solução para o problema público do HPV.

COLABORADORES

Ambas as autoras contemplaram as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade que me foi dada de poder sonhar, crescer e trocar experiências e conhecimentos com pessoas e profissionais incríveis na Ensp/Fiocruz! Meus agradecimentos também vão a minha família amada, meu alicerce e grande incentivadora.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S377-S378, 2009.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, M. C. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHA, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direitos_usuarios_saude_ilustrada.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874_16_05_2013.html>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto278_27_02_2014.html>. Acesso em: 29 set. 2016.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) *Estimativa dos Municípios 2014*. Brasília, DF: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf>. Acesso em: 28 maio 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. *Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

LINHARES, A. C.; VILLA, L. L. Vaccines against rotavirus and human papillomavirus (HPV). *Journal Pediatric (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 82, n. 3, supl., p. S25-S34, jul. 2006.

MONTEIRO, S. A. Gestão da informação e qualidade: investimentos teóricos para a ciência da informação. *Revista Ci. Inf.*, Maceió, v. 2, n. 2, p. 3-16, maio/ago. 2015.

SANTOS, M. S. *et al.* Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 3, p. 465-471, 2011.

SILVA, M. J. P. M. A. *et al.* A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas. *Revista Femina*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, 2009.

SIMÕES, C. B. Vacinas contra o HPV: uma visão crítica. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 92-95, 2010.

SOUSA, A. A.; COLETA, M. F. D. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. *Revista Psicol Cienc Prof.* Brasília, DF, v. 32, n. 2, p. 404-421, 2012.

SOUSA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M. G. T. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Revista Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 737-743, dez. 2008.

VOLPATO, L. F. *et al.* Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1561-1572, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cancer control: knowledge into action – WHO guide for effective programmes*. Suíça: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2015.

_____. *International agency for research on cancer*. Suíça: WHO, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

Capítulo 17

O direito à saúde e o diagnóstico tardio do câncer de mama na região Sudoeste da Bahia

Rita de Cássia Natividade Ataíde
William Weissmann

INTRODUÇÃO

As ações de prevenção, promoção e assistência à saúde em todos os níveis de atenção, de forma integral, universal e equânime, são direitos fundamentais do cidadão assegurado pela Constituição Federal, explícitos no art. 196 (BRASIL, 1988). Traduzem, sem dúvida, um grande desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS) implantado em um país continental, com cerca de 200 milhões de habitantes, em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária.

A garantia dessas ações e do acesso do cidadão ao diagnóstico e tratamento adequados depende de uma rede de saúde regionalizada, hierarquizada e resolutiva em todos os níveis de assistência, especialmente para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas doenças constituem hoje o problema de saúde de maior magnitude no Brasil (BRASIL, 2013a) e correspondem a 72% das causas de morte (BRASIL, 2011).

Dentre as DCNT, além das patologias do aparelho respiratório, circulatório e o diabetes *mellitus*, destaca-se o câncer (Ca), com grande sobrecarga emocional e econômica. Outrora considerado um problema dos países desenvolvidos, há aproximadamente quatro décadas a situação vem mudando, e dentro de pouco tempo essa doença tende a se tornar, também, a principal causa de morbimortalidade em todos os continentes, independentemente do nível socioeconômico (INCA, 2014a; WHO; IARC, 2014).

Excluído o Ca de pele não melanoma, o Ca de mama é o segundo mais comum do planeta e o mais frequente entre as mulheres, com estimativa de 1,67 milhão de novos casos e 522 mil óbitos em 2012 em todos os países, o que representa 25% de todos os cânceres (WHO; IARC, 2014).

No Brasil, da mesma forma, o Ca de mama é o que ocupa o primeiro lugar de incidência entre as mulheres, excluindo os casos de pele não melanoma, com 57.120 registros e 17.820 óbitos por ano (INCA, 2014b), o que equivale a dizer que 49 mulheres morrem por dia no País vítimas dessa doença.

A mortalidade por Ca nos países desenvolvidos, a despeito do aumento da incidência, vem diminuindo, enquanto no Brasil tende à elevação, com 16,2% dos óbitos em 2009, tornando-se a segunda causa principal (PAIM; ALMEIDA, 2014).

Em todo o mundo, observa-se que as taxas de incidência do Ca são diferentes, e isso se deve a vários fatores. Além dos hábitos de vida, existe também o grau de acesso aos métodos diagnósticos. Ou seja, em uma região mais desenvolvida, diagnostica-se mais, enquanto em outras, a doença pode nem ser descoberta, contribuindo para uma maior mortalidade precoce, muitas vezes sem diagnóstico. Não é diferente no Brasil, onde as maiores taxas são estimadas para as regiões Sudeste e Sul, e as menores, para as regiões Nordeste e Norte (INCA, 2014b).

O Ca de mama possui bom prognóstico e é passível de 100% de cura quando identificado em fase inicial, ou seja, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro e recebe tratamento adequado e oportuno (HOFF *et al.*, 2013).

No Brasil, o diagnóstico tardio do Ca de mama tem sido apontado em vários estudos como uma das causas de mortes prematuras e desnecessárias, comprometendo o prognóstico, impedindo até mesmo que a terapêutica adequada possa reverter o curso clínico da patologia. Várias foram as causas demonstradas, desde o curso insidioso da doença até o tempo gasto entre o início da doença e a primeira consulta e desta ao diagnóstico, em especial para a realização da biópsia. Além disso, concorre também a dificuldade de acesso à consulta com especialistas e o sentimento de medo e desinformação, levando à demora na procura do serviço de saúde, mesmo para as mulheres que já tenham percebido alguma alteração na mama (CANIDO *et al.*, 2007; TRUFELLI *et al.*, 2008; REZENDE *et al.*, 2009; OSHIRO *et al.*, 2014).

O Ca de mama ocupa o primeiro lugar de incidência na região Sudoeste da Bahia com 40% dos casos, seguido bem abaixo pelo de próstata com 28% (SMSVC, 2016). Com 73 municípios e cerca de 1,7 milhão de habitantes (BAHIA, 2012a), essa região tem como referência para diagnóstico e tratamento do Ca do adulto o município-polo de Vitória da Conquista (BA), sede da única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon VC).

Durante o ano de 2014, 86% dos pacientes matriculados na Unacon VC foram diagnosticados tardiamente, a saber, estádios III: 40,6% e IV: 45,3%¹ (SMSVC, 2015). Considerando apenas as pacientes com Ca de mama, o diagnóstico tardio, apesar de alto, caiu para 47,7% (III: 38,3% e IV: 9,4%) (SMSVC, 2015).

Essa diferença a favor do Ca de mama pode sugerir o efeito positivo das campanhas educativas e de rastreamento, cujo principal exemplo é o Outubro Rosa, movimento inter-

¹ Nesta avaliação, foram excluídos os pacientes portadores de Ca dos órgãos hematopoiéticos, que representam 13% do total, por possuírem outro tipo de estadiamento que não o TNM, pois não formam massa tumoral.

nacional voltado à conscientização da importância da detecção precoce, pelo quarto ano consecutivo (INCA, 2014b).

O papel da prevenção do Ca de mama nos níveis primário (promoção da saúde) e secundário (detecção do surgimento da doença nos estádios iniciais) é fundamental para que os índices de incidência e mortalidade possam ser reduzidos. Essas ações precisam ter a mesma atenção que os serviços assistenciais, pois, com o número crescente de casos novos, não existem recursos suficientes que possam dar conta das demandas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento (INCA, 2014b). Elas são ações previstas na Constituição e regulamentadas em legislações específicas do SUS, traduzindo a responsabilidade de cada nível de gestão.

Este trabalho tem a expectativa de analisar os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio do Ca de mama em mulheres da região Sudoeste da Bahia, atendidas no SUS, à luz do direito à saúde, para, assim, produzir informações que contribuam para o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce do Ca de mama, a partir do embasamento e sensibilização dos gestores para a tomada de decisões.

MÉTODOS

A região Sudoeste é uma das nove regiões de saúde do estado da Bahia, definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BAHIA, 2012b). Subdivide-se em quatro regiões: Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista. A Unacon VC está localizada no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), de natureza pública e gestão estadual.

Foram analisados, exclusivamente, casos de Ca de mama cujo diagnóstico foi feito tardiamente. A divisão entre diagnóstico precoce e tardio do Ca de mama depende do estágio clínico (EC) inicial, segundo a classificação TNM² da International Union Against Cancer. Não existe consenso entre os autores sobre diagnóstico inicial em estágio II (EC II) ser precoce ou tardio. Neste estudo, optou-se por determinar que diagnóstico inicial em EC I e II corresponderia a diagnóstico precoce e em EC III e IV a diagnóstico tardio (SILVA *et al.*, 2013).

Foram verificados prontuários e realizadas entrevistas com pacientes selecionadas. Nestas entrevistas, além de ter como base questionário semiestruturado, cada pa-

² Sistema desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), que permite classificar a evolução das neoplasias malignas para determinação do tratamento mais adequado e obter informações sobre o prognóstico e sobrevida dos doentes, conhecido como 'Sistema TNM', em que 'T' é a avaliação do tumor primário (de T1 a T4), 'N' é a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais (de N0 a N3) e 'M' é a presença, ou não, de metástases à distância (de M0 a M1), cujas combinações definem os estádios de 0 a IV, sendo o II e o III subclassificados ainda em A e B (BRASIL, 2013b).

ciente falou sobre como se sentiu ao descobrir a doença, sobre a convivência com ela, sobre o apoio recebido da família e amigos, sobre os momentos de tristeza e de esperança. Não se definiu a amostra aprioristicamente. A pesquisa teve caráter transversal, descritivo, quantitativo, com amostra não probabilística. Os critérios de inclusão dos pesquisados formam: a) ser mulher; b) município de residência pertencente à região Sudoeste da Bahia; c) data de admissão no serviço de até 2 anos antes do início da pesquisa; d) estadiamento realizado por ocasião do diagnóstico da doença com estágios III ou IV, o que configura o diagnóstico tardio, com chances reduzidas de cura.

Foi testada associação estatística entre cada uma das variáveis consideradas independentes e dependentes.

As análises estatísticas foram feitas utilizando o *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) 20.0, por meio do teste Qui-quadrado (χ^2) de Pearson por simulação Monte Carlo (MARÔCO, 2003). Em todos os casos, foi considerado um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$).

RESULTADOS

No ano de 2015, o estadiamento clínico no momento do diagnóstico do Ca de mama feminina atendidos na Unacon VC teve a seguinte distribuição entre as 647 pacientes: EC I – (112) 17,3%, EC II – (223) 34,5%, EC III – (237) 36,6%, EC IV – (11,6) 10,3%. III e IV totalizaram, portanto, 48,2% (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2016).

Foram analisados, no período da pesquisa, 76 prontuários, sendo excluídos 46 por estarem fora dos critérios estabelecidos.

A idade das respondentes variou de 31 a 84 anos, com predominância da faixa etária entre 51 e 69 anos (53,3%), cor parda e negra (83,3%), mulheres casadas (50%), analfabetismo ou nível fundamental (63,3%), profissão do lar e lavradora (56,7%) e renda média familiar de 1 (56,7%) até 2 a 3 salários mínimos (40%). Quatorze mulheres (46,6%) residiam na região de Vitória da Conquista, sendo as demais provenientes das outras 3 regiões de saúde: Itapetinga (20%), Brumado (16,7%) e Guanambi, a mais distante do polo (16,7%).

Conforme dados constantes nos prontuários, 80% das pacientes foram diagnosticadas em estágio III, e 20% no estágio IV. A maioria já tinha ouvido falar do autoexame das mamas (AEM) (90%), e quase 80% afirmaram saber fazê-lo, mas sem técnica sistematizada.

Perguntadas se algum profissional de saúde havia examinado suas mamas em consulta de rotina em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) antes da doença, 70% responderam que não (*tabela 1*).

Antes do diagnóstico do Ca de mama, 60% das pacientes afirmaram nunca ter feito o exame de mamografia, mesmo estando 55,5% na faixa etária acima de 50 anos (*tabela 2*).

Tabela 1. Realização de exame clínico de rotina das mamas em UBS em pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
Exame clínico de rotina na UBS (n=30)		
Sim	09	30,0
Não	21	70,0
Profissional (n=09)		
Enfermeiro	05	55,6
Médico	04	44,4
Faixa etária das pacientes que nunca tiveram suas mamas examinadas em uma UBS (n=21)		
Até 40 anos	03	14,3
Acima de 40 anos	18	85,7
Faixa etária das pacientes que tiveram suas mamas examinadas em uma UBS (n=09)		
Até 40 anos	5	10,0
Acima de 40 anos	1	2,0

Fonte: Dados da pesquisa.

O primeiro dado que chamou a atenção da maioria das mulheres de que deveria haver um problema nas suas mamas foi o achado de nódulo (70%) no AEM. Destas 21 mulheres, 15

Tabela 2. Mamografias realizadas antes da doença nas pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
Pacientes que fizeram mamografia (n=30)		
Sim	12	40,0
Não	18	60,0
Mamografias feitas (n=12)		
Menos de 5	07	58,3
Mais de 5	05	41,7
Tempo antes da doença (n=12)		
Até 1 ano	03	24,9
Mais de 1 ano	09	75,1
Pacientes que nunca fizeram mamografia (n=18)		
Até 49 anos	08	44,5
Acima de 50 anos	10	55,5

Fonte: Dados da pesquisa.

(71,4%) nunca haviam realizado a mamografia antes.

A partir da detecção do problema, a maioria das mulheres (76,6%) providenciou a primeira consulta com um profissional de saúde em até 3 meses. As demais acharam que “*não era nada demais*” até o tumor crescer.

Praticamente metade (53,3%) das mulheres procurou o serviço privado, justificando que seria “*mais rápido*” o acesso. Vinte e duas pacientes (73,3%) tiveram o Ca de mama reconhecido na primeira consulta, não havendo diferença se ela ocorreu no serviço público ou privado. Esse atendimento foi feito pelo profissional médico em 96,7% dos casos.

Algumas mulheres destacaram alguns aspectos:

Queixando-se da dificuldade de acesso ao exame no município, V. L. S. A., 56 anos, relatou que morou um período na Inglaterra e que recebia, regularmente, em sua residência, a solicitação para realizar a mamografia de rastreamento, o que facilitava em muito o acesso.

Das três pacientes que apresentaram apenas alteração na mamografia, sem sinal ou sintoma, uma delas, A. B. S., de 56 anos, agente comunitária de saúde, fazia regularmente o exame, e havia uma observação no laudo anterior para repeti-lo com 4 meses (provável BI-RADS III), mas a médica da UBS não teria achado necessário.

Entre as 8 pacientes que não tiveram o Ca identificado na primeira consulta, 6 (75%) foram atendidas no serviço público – UBS:

L. G., 32 anos, admitida no serviço em cadeira de rodas, com metástases para coluna e cérebro, lamentou: “*eu pedi ao médico para fazer ultrassom e mamografia, mas ele disse que não era nada e nem me examinou*”. Após a primeira consulta, na qual não houve suspeita do Ca, E. J. D. J., 31 anos de idade, engravidou, fez pré-natal, amamentou, e os médicos “*diziam que não era nada, só hormônio*”. Após 2 anos do achado do nódulo na mama direita, e depois de ter feito nesse período várias consultas na UBS, além de especialistas, ginecologista e mastologista, M. R. J., 69 anos, desabafou: “*eu disse a ele: – sabe de quem foi a culpa doutor? De vocês médicos*”.

Após o reconhecimento da doença, apenas 5 pacientes (16,7%) realizaram seus exames diagnósticos exclusivamente pelo SUS. 76,5% das pacientes afirmaram que os exames ficaram prontos no prazo de 1 a 3 meses. O acesso mais difícil foi para a biópsia e para a tomografia (29,4%), seguidas da cintilografia (23,6%).

No grupo de 12 mulheres que conseguiram fazer os exames parcialmente pelo SUS, o acesso maior foi para a cintilografia (75%) e o menor para o exame anatomopatológico, no qual apenas 16,7% tiveram êxito. De posse do resultado desse exame, as mulheres se empenharam em leva-lo ao seu médico em até 1 mês.

Ao receber a notícia de ser portadora do Ca de mama, o sentimento mais referido foi ‘choque’ (30%), seguido de tranquilidade (26,7%), tristeza/depressão (23,4%), desespero

(16,7%) e medo (3,3%).

Na avaliação geral, o tempo entre o primeiro problema detectado na mama e o fechamento do diagnóstico do Ca ocorreu nos primeiros 6 meses para 70% das pacientes. As demais ultrapassaram os 12 meses.

Procurou-se estudar, inicialmente, a associação das variáveis apresentadas nas tabelas anteriores. Foi testada associação entre as variáveis independentes e dependentes (tabela 3).

Por fim, apesar de não ser este o objeto do estudo, foi considerado importante, para conhecimento e análise da rede pública de oncologia, registrar que a maioria do acesso ao

Tabela 3. Valores de 'p' do teste Qui-quadrado de Pearson por simulação Monte Carlo, com nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), entre algumas variáveis das pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon VC

Variáveis dependentes	Variáveis independentes	p	Desfecho
Examinada por profissional UBS	vs Região	0,02	Itapetinga
Exames feitos pelo SUS	vs Região	0,05	Vitória da Conquista
Exames feitos parcial pelo SUS	vs Região	0,01	Vitória da Conquista
Tempo fazer exames pelo SUS	vs Região	0,01	Vitória da Conquista
Tempo total entre sin/sint e diagnóstico	vs Região	0,04	Vitória da Conquista
Fez mamografia antes do Ca	vs Idade	0,006	Acima de 50 anos
Tempo da 1ª consulta	vs Idade	0,02	Acima de 50 anos
Tempo para resultado AP	vs Idade	0,04	51 a 69 anos
Exames feitos parcial pelo SUS	vs Escolaridade	0,03	Nível Fundamental
Onde aprendeu a fazer o AEM	vs Estado Conjugal	0,03	UBS
Exames feitos parcial pelo SUS	vs Cor da Pele	0,007	Parda

Fonte: Dados da pesquisa.

primeiro tratamento da doença ocorreu dentro de 1 (60%) até 3 meses (30%) do diagnóstico final. A cirurgia foi a primeira indicação (53,3%), seguida da quimioterapia (43,3%). 100% das mulheres fizeram quimioterapia, com ou sem radioterapia, pelo SUS, na Unacon VC. No caso da cirurgia, necessária em 70% das pacientes, foi diferente: nenhuma mulher (00,0%) se submeteu à cirurgia no próprio Unacon VC, e 57,1% pagou para que fosse realizada em outro serviço. Todas as pacientes que tiveram que pagar pela cirurgia, sem exceção, relataram sua cota de sacrifício, mobilizando família e amigos.

DISCUSSÃO

A saúde é um direito fundamental no estado brasileiro, garantido constitucionalmente (BRASIL, 1988). A legislação do SUS que trata desse direito e da regulamentação da prevenção e controle do Ca foi analisada neste trabalho, estando bem estabelecido o desenho da rede de saúde, os papéis dos três níveis de governo e o financiamento (BRASIL, 2013c), assim como a garantia do atendimento integral nos serviços especializados (BRASIL, 2014), com todo suporte diagnóstico e terapêutico.

O presente estudo tem um pressuposto normativo, com necessária tradução fática: o direito à saúde é garantido em lei e isto inclui diagnosticar em tempo hábil o Ca de mama na região Sudoeste da Bahia, aumentando as chances de sobrevida, do direito à vida.

Comparado com estudos brasileiros realizados em hospitais que atendem ao SUS, o percentual de EC III e IV de 47,8% da Unacon VC é menor que o encontrado no Rio de Janeiro (60%) (REZENDE, 2009) e Espírito Santo (51,9%) (SILVA *et al.*, 2013) e maior que em Santa Catarina (35,7%) (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Conforme dados da pesquisa, as pacientes foram admitidas na Unacon VC apenas para o tratamento quimioterápico, pois as consultas e os exames diagnósticos não são garantidos, conforme registros de produção ambulatorial do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 2016a), contrariando a legislação que versa sobre o funcionamento do serviço (Portaria nº 140 SAS/MS, 27 de fevereiro de 2014). O direito à integralidade do cuidado, um dos pilares do SUS, não foi cumprido. O mesmo aconteceu com o tratamento cirúrgico do Ca de mama: das 662 cirurgias realizadas pelo SUS na Bahia, com esta finalidade, apenas 7 ocorreram na região (BRASIL, 2016a).

Apesar de a idade ser um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do Ca de mama (INCA, 2014a), no presente estudo, esta variável foi associada a maior realização de mamografias, ao menor tempo entre o sinal/sintoma e a primeira consulta, e ao menor tempo para receber o resultado do exame anatomopatológico, talvez pelas campanhas nacionais direcionadas a essa faixa etária.

Houve associações entre o local de origem e algumas variáveis dependentes. Morar na região de Vitória da Conquista, polo dos serviços de saúde, foi relacionado com a realização dos exames pelo SUS, ao menor tempo de acesso a estes exames e também ao menor tempo geral para o diagnóstico. No que diz respeito ao exame clínico das mamas (ECM), residir em Itapetinga foi associado à realização do ECM na UBS. Em todos os casos positivos (30%), o profissional responsável foi o enfermeiro.

Vale a pena esclarecer que evidências científicas confirmam que o AEM não deve ser estimulado como método isolado para a detecção precoce do Ca de mama, pois ele não é eficiente nem contribui para a redução da mortalidade pela doença. Ocorre que 70% das

mulheres da pesquisa tiveram como achado primeiro um nódulo na mama ao AEM. Não é possível saber se a sua detecção foi fácil ou acidental (sem a utilização de técnica adequada) ou de que tamanho o tumor se encontrava na primeira vez em que foi palpado.

O fato é que o nódulo talvez pudesse ter sido detectado precocemente se o ECM fizesse parte da rotina das UBS, o que não parece ser o caso. 70% das pacientes da amostra responderam que nunca tiveram suas mamas examinadas em uma UBS. O diagnóstico tardio do Ca de mama foi diretamente relacionado com a falta do reconhecimento das suas manifestações no estágio precoce pelos profissionais de saúde.

O ECM é recomendado como tecnologia de rastreamento a partir de 40 anos de idade e faz parte da consulta da mulher independentemente da faixa etária. É também uma importante alternativa para a detecção da neoplasia em localidades onde a mamografia não é de fácil acesso (BRASIL, 2010a).

Tal situação remete à reflexão sobre se a integralidade da assistência se expressa no cuidado. O cuidado, por sua vez, é a expressão do direito à saúde e da responsabilização pelo outro. É o acolher, o respeitar, o atender a pessoa em seu sofrimento, fruto de sua fragilidade social muitas vezes (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A influência da cultura nos hábitos de prevenção do Ca demonstrou que as atitudes do profissional de saúde em relação a esse tipo de prevenção foram impactantes no comportamento dos pacientes analisados, em função da importância que os sujeitos deram a essas atitudes (CESTARI, 2005).

Apenas 10% das pacientes relataram como primeiro problema na mama alteração na mamografia, o que pode demonstrar a dificuldade de acesso desse exame na rede pública local. O rastreamento mamográfico em mulheres de 50 a 69 anos é a técnica de excelência para redução da morbimortalidade pelo Ca de mama (GÖTZSCHE; JØRGENSEN, 2013). As mulheres devem ser submetidas ao exame ainda sem nenhuma manifestação, pois já foi comprovado que os sinais e sintomas aparecem em uma fase mais tardia. Além disso, as pacientes de alto risco e com queixas específicas devem receber cuidado diferenciado.

A partir da detecção do problema, a maioria (76,6%) das pacientes providenciou a primeira consulta em até 3 meses, demonstrando preocupação com a doença. A falta de acesso à informação pode ser reflexo da baixa condição socioeconômica e de escolaridade, mas a equidade das informações em saúde demanda ajuste às diferentes populações para que as ações possam ser mais contundentes para a educação, promoção e prevenção.

Estudo norte-americano, que examinou o papel da mulher no atraso do diagnóstico do Ca de mama, observou que, na maioria dos casos, a responsabilidade foi dos serviços de saúde e do sistema, e não das pacientes (CAPLAN *et al.*, 1996). Realidades diferentes, em culturas diferentes poderiam explicar as diferenças?

Entre as 8 pacientes que não tiveram a doença suspeitada na primeira consulta, 75% foram atendidas em UBS e 25% no serviço privado. O fato de terem sido 'tranquilizadas' sobre o problema pelo não reconhecimento da doença pelo profissional médico, tanto na rede pública quanto privada, acabou por retardar o diagnóstico de Ca, feito já em estágio tardio.

Na realização dos exames para selar o diagnóstico e para realizar o estadiamento clínico, fundamentais para o início do tratamento adequado, os princípios de integralidade e da equidade do SUS foram desrespeitados de forma flagrante. Apenas 5 pacientes (16,7%) realizaram seus exames diagnósticos exclusivamente pelo SUS, contra 11, no geral, que fizeram a primeira consulta no serviço público.

A biópsia e o exame anatomopatológico, fundamentais para selar o diagnóstico do Ca, foram apontados como os exames mais inacessíveis pelo SUS.

O tempo de realização dos exames pelo SUS foi longo, possível fator colaborador para o diagnóstico tardio da doença, assim como o tempo geral do primeiro sinal/sintoma à confirmação da doença (somatório do tempo gasto em cada etapa). O menor tempo foi associado à região de Vitória da Conquista, possivelmente, por concentrar no município-polo os recursos tecnológicos.

Houve relatos de desalento, sim, mas também de superação, demonstrando a capacidade de resiliência dessas mulheres. Todas, sem exceção, sentiam-se gratas pelo tratamento que estavam recebendo do SUS naquele momento.

A cirurgia de mama faz parte do tripé para o tratamento do Ca e foi inacessível à maioria das pacientes com indicação, ao contrário da quimioterapia e radioterapia, feitos 100% pelo SUS. Estaria nos valores de ressarcimento praticados na Tabela Unificada do SUS a definição do acesso aos procedimentos?

As unidades de alta complexidade em oncologia, sozinhas, não conseguirão atender à crescente demanda sem a estruturação e apoio da rede de média complexidade dos estados e municípios. Se a legislação é coerente e o financiamento existe, mesmo que longe do ideal, as práticas de gestão precisam ser revistas, e o investimento dirigido às ações prioritárias. Os gastos com saúde devem ser encarados pelos gestores como investimento em cidadania e no prolongamento da vida, direito de todos os brasileiros (PAIM; ALMEIDA, 2014).

Ao considerar as condições socioeconômicas dessas mulheres, que pagaram pelas consultas e exames diagnósticos à custa do sacrifício financeiro de suas famílias e amigos, a dificuldade de acesso ao SUS pode ter sido um fator agravante para o diagnóstico tardio do Ca de mama na medida em que: a) as ações referentes à promoção e prevenção da atenção primária à saúde deixaram a desejar, observado na falta de informação adequada, de um exame clínico bem feito, de realização da mamografia de rastreamento e na falta da busca ativa (os agentes comunitários de saúde cumprem papel importante de capilaridade

na comunidade, por meio de suas visitas mensais, e deveriam ser mais bem orientados e capacitados pela equipe de saúde quanto ao AEM e exame preventivo anual); b) as ações de proteção e recuperação da saúde falharam no que diz respeito ao acesso à primeira consulta, ao reconhecimento dos primeiros sinais/sintomas da doença, ao acesso à consulta de retaguarda e aos exames diagnósticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, sugere-se que os principais fatores determinantes do diagnóstico tardio do Ca de mama no Sudoeste baiano são o tempo de realização da primeira consulta após a detecção do sinal/sintoma na mama; a falta de reconhecimento da doença pelos profissionais de saúde na primeira consulta e o tempo entre a primeira consulta e a confirmação da doença.

Merece destaque, nesse contexto, a dificuldade de acesso pelo SUS às consultas especializadas na rede de saúde e dos exames de mamografia, biópsia e anatomopatológico, associados ao atraso nos resultados. O tratamento cirúrgico, na rede pública da região Sudoeste da Bahia, também se mostrou praticamente inexistente.

É provável que a fragilidade das ações de prevenção, proteção e promoção à saúde na atenção primária, da educação permanente em serviço e da fragmentação da rede de saúde tenham contribuído para o incremento dos citados fatores.

O direito à saúde garantido na Carta Magna e a extensa legislação do SUS que regulamenta as ações para garantia desse direito, por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica, parecem não ter o esperado impacto na ponta do sistema, com consequente efeito negativo na população dependente do SUS que padece do Ca.

Existe uma multiplicidade de questões que se relacionam com o complexo processo de estruturação do sistema de saúde no País. A responsabilidade de organizar a atenção oncológica impõe aos gestores da saúde o desafio de articulação com os outros setores do governo e da sociedade para garantia da viabilidade das ações (PAIM; ALMEIDA, 2014). Além do entendimento de que a efetivação das políticas e das ações de saúde não ocorre em um 'vácuo'; pelo contrário, ela é fruto de um grande esforço e contribuição de instituições e atores que podem e devem ser acumulativas a cada novo contexto político (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

O diagnóstico tardio do Ca de mama no SUS pode e deve ser superado com ações voltadas à informação da população e à educação permanente dos trabalhadores desse sistema, com foco na conscientização da sua corresponsabilidade nesse processo. Além disso, investimentos nas ações de rastreamento, no incremento da oferta das consultas especializadas e nos procedimentos diagnósticos básicos, associados à organização do fluxo de

acesso, certamente impactarão de forma muito positiva na garantia do direito fundamental à saúde às cidadãs brasileiras.

Depende, fundamentalmente, do fomento a essas ações pelo nível federal e estadual de gestão, associado ao incremento financeiro nos procedimentos de média complexidade para que as gestões locais tenham fôlego para as implementações necessárias. A rede de saúde pública do Sudoeste baiano tem potencial para isso.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Comissões Intergestores Bipartite. *Resolução nº 275 CIB/BA, 15 de agosto de 2012*. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. 2012b. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/cib/arquivos/?newpath=Resolu%E7%F5es%20da%20CIB/2012>>. Acesso em: 3 out.2015.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Programação. *Plano Diretor de Regionalização 2012*. 2012a. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativo do Brasil*. 16 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Informática do SUS. *Arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS*. 2016a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252 GM/MS, 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 fev. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto252_19_02_2013.html>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874 GM/MS, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 maio 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874_16_05_2013.html>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária; nº 29).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de Bases Técnicas de Oncologia SIA/SUS*. 14. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140 SAS/MS, 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 27 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/06/PT-140-ONCOLOGIA.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022*. 2011.

CANIDO, R. E. *et al.* Avaliação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino e de Mama no Município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 375-383, jul./set. 2007.

CAPLAN, L. S. *et al.* Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med.*, Nova York, v. 25, n. 2, p. 218-224, 1996.

CESTARI, M. E. W. *A influência da Cultura no Comportamento de Prevenção do Câncer*. 2005. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa interinstitucional, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2005.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 6, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/full>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

HOFF, P. M. *et al.* *Tratado de Oncologia*. São Paulo: Atheneu, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Ações e programas no Brasil: controle do câncer de mama*. Disponível em: <www.incgov.br>. Acesso em: 14 nov. 2014a.

290

_____. *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014b.

MARÔCO, J. *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

OSHIRO, M. L. *et al.* Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no centro-oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 15-23, 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. *Saúde Coletiva: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006. 320 p.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos Históricos do controle do câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013.

REZENDE, M. C. R. *et al.* Causas do Diagnóstico Tardio no Câncer de Mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, jun. 2009.

SILVA, P. F. *et al.* Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado

das neoplasias da mama em hospital de referência no Estado do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 361-367, 2013.

TRUFELLI, D. C. *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 72-6, 2008.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. *Arquivos do SISAPAC*, 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *Fact sheets Cancer*. 2014. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=breast>. Acesso em: 15 set. 2014.

Capítulo 18

Assistência integral à saúde de crianças asmáticas: uma questão de direito

Vanessa Cruz Miranda
Luciana Araújo dos Reis

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que está associada à hiper-reatividade brônquica, levando a episódios recorrentes de sibilos expiratórios, dispnéia e tosse, particularmente, à noite ou no início da manhã. O aparecimento ou manutenção desses sintomas são consequência da interação entre fatores genéticos, emocionais, exposição ambiental a alérgenos e de outros fatores específicos. Essa obstrução ao fluxo aéreo pode ser reversível espontaneamente ou com tratamento (SBPT, 2012).

De acordo com o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002), esta se classifica conforme sua gravidade em intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave. Sendo assim, as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006) descrevem a asma intermitente como aquela que apresenta sintomas raros, ou seja, menos que uma vez por semana, com crises noturnas duas vezes ou menos por mês e com pico de fluxo expiratório normal ($\geq 80\%$ do previsto e com variação $< 20\%$). Na asma persistente leve, os pacientes sofrem com crises diurnas uma vez por semana ou um pouco mais, crises à noite duas vezes por mês ou mais, até uma vez por semana e pico de fluxo expiratório $\geq 80\%$ do previsto, podendo variar entre 20% e 30%.

A asma persistente moderada provoca crises diurnas todos os dias, sendo necessário o uso de broncodilatadores; as crises interferem nas atividades da vida diária. As crises noturnas ocorrem mais que uma vez por semana, e o pico do fluxo expiratório é entre 60% e 80% do previsto, podendo variar mais que 30%. Já na asma persistente grave, os pacientes apresentam crises diurnas frequentes, limitando a atividade física, as crises noturnas são constantes e o pico de fluxo expiratório é de 60% do previsto ou menos variabilidade maior que 30% (DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006).

Sarmento (2011) relata que o aumento dos alérgenos na atmosfera, poluição ambiental, complicações cardíacas decorrentes da excessiva utilização dos beta agonistas são ele-

mentos que favorecem para o aumento do número de pessoas asmáticas e para o aumento da mortalidade. Essa doença ocupa o primeiro lugar na prevalência de doenças respiratórias crônicas e é considerada um problema de saúde pública, sendo uma das situações crônicas que mais acometem crianças e adultos (IBGE, 2014). O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma, com aproximadamente 20 milhões de asmáticos, que, dependendo da região e da faixa etária, varia de menos que 10% a mais do que 20% em diversas cidades estudadas (BRASIL, 2010a). Em 2011, foi a quarta causa de internações, registrando 160 mil hospitalizações (SBPT, 2012).

Segundo o Datasus, houve 2.500 óbitos no ano de 2007, dos quais um terço, aproximadamente, ocorreu em unidades de saúde, domicílios ou vias públicas (BRASIL, 2016). Em um estudo feito por Solé *et al.* (2006), a prevalência média em escolares de asma ativa foi de 24,3%, sendo os valores mais elevados em São Paulo, possivelmente, devido à poluição, e em Vitória da Conquista devido ao clima. Durante os meses de setembro de 2013 a setembro de 2014, foram registrados 9.772 casos de internações por asma na Bahia em crianças de 1 a 14 anos, destas, 1.465 no município de Vitória da Conquista (BA) (BRASIL, 2016).

É um problema mundial e regional de saúde pública que compromete a população infantil devido a sua alta morbimortalidade, absenteísmo na escola, causando, portanto, grande impacto econômico, social e emocional (BRASIL, 2010a). Essas limitações físicas, intelectuais e emocionais como consequência da doença levam ao sofrimento humano por parte do paciente e dos familiares, uma vez que comprometem o curso natural da vida dele e a sua qualidade de vida (BRASIL, 2010a).

A partir do contexto supracitado, observa-se que é imprescindível a organização de uma rede de atenção com maior ênfase na atenção primária, incluindo ações de promoção da saúde e reabilitação para as crianças asmáticas. Além disso, sabe-se que, a partir de 1988, como resultado dos movimentos sanitários e reflexos da VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde passou a ser um direito fundamental e um direito tutelado constitucionalmente, possuindo, portanto, dupla fundamentalidade. Uma chamada de formal, ligada ao direito constitucional positivo (Constituição Federal de 1988), e outra chamada de material, associada à relevância do bem jurídico, sendo esta última atrelada à importância deste bem para a manutenção da vida, devendo ser saudável e com certa qualidade. Portanto, é dever do estado fornecer assistência à população por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

A partir desse contexto, o regime jurídico-constitucional do direito à saúde passou por uma série de mudanças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconceituou a saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social; o entendimento da assistência como protetiva e promocional, e não somente curativa; a institucionalização do

Sistema Único de Saúde (SUS); a universalização da assistência e as ações e os serviços de saúde como sendo dever do estado (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

A partir desse novo conceito de saúde, foi possível identificar a relação de interdependência e inter-relação da saúde com os outros direitos fundamentais sociais (a vida, a dignidade da pessoa humana, o ambiente, a moradia, a privacidade, o trabalho, a propriedade, a seguridade social, além da proteção do consumidor, da família, de crianças, adolescentes e dos idosos) (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Historicamente, a legislação brasileira para a proteção da infância se dividiu em três correntes: Doutrina do Direito Penal do Menor, Doutrina Jurídica da Situação Irregular e Doutrina Jurídica da Proteção Integral. A segunda, a partir da Constituição Federal de 1988, foi substituída pela Doutrina Jurídica da Proteção Integral, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Além do ECA, foram elaborados, a partir de discussões internacionais, documentos de proteção, como, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos da criança, a qual destaca o direito da criança a cuidados e assistência especiais, determina proteção para que a criança se desenvolva física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável, em liberdade e com dignidade; e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990, por meio do Decreto nº 99.710, que em seu artigo 3.1 assegura que toda e qualquer ação relacionada às crianças deve priorizar o interesse maior da criança (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

A partir de então, é percebida a mudança da estratégia legislativa de proteção à infância, que anteriormente se concentrava na repressão da infração ou na exclusão para a proteção como prioridade social, para um foco voltado para a inclusão social, promoção e prevenção do desenvolvimento integral. A criança, a partir de então, passa a ser reconhecida como sujeito de direitos (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Este estudo torna-se relevante devido aos dados, regionais e mundial, de morbimortalidade anteriormente especificados, pela incapacidade física e psíquica que essa afecção proporciona aos indivíduos acometidos, pela visível fragmentação na assistência dessa população e pelo impacto econômico direto e indireto, sendo a assistência integral uma prerrogativa para uma melhor qualidade de vida e um direito garantido pela Constituição Federal Brasileira/88. Nesta perspectiva, o presente estudo teve por questão-problema: “A qualidade da assistência à saúde de crianças asmáticas fornecida pelo município de Vitória da Conquista atende ao princípio da integralidade?”.

Teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família às crianças asmáticas no município de Vitória da Conquista (BA), na perspectiva da mãe ou cuidador(a). A partir dos resultados encontrados neste estudo, espera-se poder

contribuir na definição de estratégias adequadas à assistência primária, que proporcionem a qualificação dos cuidados às crianças com asma.

Sendo assim, este capítulo está estruturado em 3 partes: a primeira parte diz respeito à metodologia utilizada na realização do estudo; na segunda parte, são apresentados os resultados e discussão encontrados na pesquisa (caracterização dos pais e das mães, caracterização das crianças e avaliação das Unidades de Saúde da Família – USF); por fim, na terceira parte, são descritas as considerações finais do estudo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva seguindo o delineamento transversal, com abordagem quantitativa, tendo como propostas a descrição do fenômeno e da assistência, observação da situação e a análise do contexto (GIL, 2010).

Os locais de estudo foram duas USF da área urbana do município. As respectivas unidades foram escolhidas de maneira aleatória a partir de sorteio entre as 14 USF da zona urbana. A coleta de dados foi realizada na casa das mães ou cuidadores de crianças asmáticas cadastradas nessas duas unidades.

A rede de atenção básica do município de Vitória da Conquista (BA) é composta por: 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 11 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 42 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 30 Equipes de Saúde Bucal, 4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 1 Unidade móvel odontológica. Essas equipes realizam ações de promoção à saúde, prevenção e recuperação de doenças, obedecendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. São ofertadas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, visitas domiciliares, imunização, nebulização, curativo, coleta de exames laboratoriais, testagem e aconselhamento do HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e outras DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), teste rápido de gravidez, dispensação de medicamentos, aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, procedimentos odontológicos, ações de educação em saúde, notificação de doenças e agravos.

A amostra foi composta por 50 mães ou cuidadores de crianças asmáticas com idade inferior a 12 anos incompletos, já que o conceito de criança utilizado foi o do ECA. Além disso, as mães ou cuidadores deveriam ter idade superior a 18 anos, e as crianças asmáticas deveriam ter no mínimo um ano de assistência na unidade pesquisada. Os critérios de exclusão foram: mães ou cuidadores de crianças asmáticas que não estivessem em suas residências após três tentativas, mães ou cuidadores que não tivessem sido reconhecidas pelas enfermeiras ou agentes de saúde.

O cálculo amostral não foi realizado, pois as unidades de saúde não possuíam registros sobre as crianças asmáticas e o centro de procedimentos de dados da secretaria de saúde do muni-

cípio não possuía nenhum registro referente à incidência, prevalência da doença ou de internações.

O instrumento foi composto por um questionário elaborado pela pesquisadora, sendo utilizado como base para elaboração do instrumento o PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool – Brasil), versão criança. O questionário foi aplicado às mães ou cuidadores de crianças asmáticas atendidas na atenção básica com objetivo de avaliar a qualidade do cuidado desenvolvido na atenção primária na perspectiva do usuário e a opinião deles quanto à assistência prestada à criança asmática e aos resultados do tratamento. O questionário foi composto por 133 perguntas e estruturado em dois grupos de variáveis: dados sociodemográficos (caracterização dos pais, mães e crianças) e avaliação da assistência.

O tópico referente aos ‘dados sociodemográficos’ foi composto por 82 questões. Teve como objetivo caracterizar a amostra quanto às informações de identificação do pai, da mãe ou cuidador, dados socioeconômicos e identificação da criança.

O tópico ‘avaliação da assistência’ foi constituído por 51 questões. Teve como objetivo avaliar: o acompanhamento longitudinal, responsabilização do profissional de saúde para com a saúde da criança, encaminhamentos, vínculo, acesso a consultas, medicamentos, acolhimento, aconselhamento, visitas domiciliares, disponibilidade da equipe para a família, satisfação quanto ao tratamento e acompanhamento. As seguintes variáveis tiveram respostas dicotômicas do tipo Sim ou Não: satisfação de horário de funcionamento, acompanhamento longitudinal, referência e contrarreferência, facilidade de marcação de consultas, vínculo com a unidade e o profissional de saúde, escuta, visitas domiciliares, orientações e acesso a medicamentos.

Para as perguntas quanto ao tempo de espera para atendimento, relação com a equipe de saúde, interesse dos profissionais, satisfação no que diz respeito à assistência, foram utilizadas as seguintes respostas: ‘Muito bom, bom, regular, ruim, péssimo’. Foram utilizadas como possíveis respostas ‘No centro de saúde, consulta anterior, agente comunitário, outros’ quando se tratava de perguntas relacionadas com a marcação de consultas. Respostas como: ‘Mesmo dia, dois dias depois, 3 a 30 dias, 31 a 60 dias e mais de 60 dias’ para as perguntas relacionadas com tempo de espera para o dia da consulta.

Os dados da pesquisa foram inicialmente inseridos em uma planilha do programa Excel® 2015 e posteriormente transportados para o programa Statistical Pack age for the Social Science (SPSS)® versão 20.0, no qual foi realizada a análise estatística descritiva, sendo calculada frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com número de aprovação 1.145.709, os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do trabalho e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor entendimento dos leitores, os resultados foram divididos em três grupos: Caracterização dos pais e das mães, Caracterização das crianças e Avaliação das USF.

Caracterização dos pais e mães

Verificou-se que houve uma maior frequência de pais casados (70,0%), com ensino fundamental incompleto (32,0%), com trabalho fixo (84,0%) e carga horária semanal de trabalho de 41 a 60 horas (40,0%). A média de idade dos pais foi de 28,98 ($\pm 16,18$) anos. Com relação às mães, observou-se uma maior frequência de mães casadas (70,0%), com ensino fundamental incompleto (34,0%), com trabalho fixo (54,0%) e com carga horária semanal de trabalho de 20 a 40 horas (28,0%). A média de idade das mães foi de 34,24 ($\pm 8,16$) anos; conforme dados da *tabela 1*.

Tabela 1. Caracterização do pai e da mãe com relação ao estado civil, grau de escolaridade, trabalho fixo e carga horária semanal trabalhada. Vitória da Conquista (BA), 2015

	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Estado Civil				
Solteiro	3	6,0	11	22,0
Casado	35	70,0	35	70,0
Divorciado	10	20,0	4	8,0
Viúvo	2	4,0	-	-
Escolaridade				
Não sabia informar	5	10,0	1	2,0
Nenhuma	1	2,0	-	-
Ensino Fundamental Incompleto	16	32,0	17	34,0
Ensino Fundamental	5	10,0	8	16,0
Ensino Médio Incompleto	8	16,0	8	16,0
Ensino Médio	15	30,0	15	30,0
Ensino Superior	-	-	1	2,0

	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Trabalho fixo				
Não sabia informar	3	6,0	-	-
Sim	42	84,0	23	46,0
Não	5	10,0	27	54,0
Carga horária de trabalho semanal				
Não trabalha	7	14,0	27	54,0
20 a 40 horas	19	38,0	16	32,0
41 a 60 horas	20	40,0	7	14,0
Mais de 60 horas	4	8,0	-	-
Total	50	100,0	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Constatou-se, no presente estudo, que a maioria dos pais possui como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto, sendo esse dado preocupante já que o grau de escolaridade dos pais pode influenciar no cuidado da criança asmática. Em um estudo de caso controle, com amostra de 138 crianças, com objetivos de verificar a associação entre o nível educacional dos pais e/ou cuidadores; a prevalência de asma; o nível de escolaridade e a capacidade de percepção de sintomas, foram encontrados os seguintes resultados: maior ocorrência de asma quanto menor o nível de escolaridade das mães e menor reconhecimento dos sintomas apresentados pelos filhos por aqueles pais e/ou cuidadores que possuíam pouca informação. Esses sintomas podem ser característicos de um episódio leve de asma e ser ignorado, podendo provocar o agravamento da doença (ROCHA *et al.*, 2011).

Quanto ao trabalho, verificou-se que houve uma maior frequência de mães donas de casa, fato que favorece uma maior disponibilidade de tempo desta para um melhor cuidado com a criança. Coriolano (2011), em seu estudo, observou que mães que trabalham exclusivamente no domicílio têm maior possibilidade de implementar cuidados que favorecem a prevenção de doenças.

Caracterização das crianças

Houve um maior predomínio de crianças do sexo masculino (60,0%), na faixa etária entre 4 e 8 anos (40,0%) que não praticavam atividade física (84,0%), que frequentavam a escola pública (34,0%); segundo dados da *tabela 2*.

Tabela 2. Caracterização da criança com relação ao sexo, faixa etária, pratica de atividade física, tipo de atividade física praticada, educação creche/escola. Vitória da Conquista (BA), 2015

	N	%
Sexo		
Masculino	30	60,0
Feminino	20	40,0
Faixa etária		
1 a 3 anos	18	36,0
4 a 8 anos	20	40,0
9 a 13 anos	12	24,0
Prática de atividade física		
Sim	8	16,0
Não	42	84,0
Atividade		
Não pratica	40	80,0
Natação	1	2,0
Dança	2	4,0
Futebol	6	12,0
Caminhada	1	2,0
Escola/Creche		
Escola pública	17	34,0
Escola particular	15	30,0
Creche pública	5	10,0
Creche particular	1	2,0
Não frequenta	12	24,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

No que concerne à caracterização das crianças asmáticas, no presente estudo, o sexo masculino foi mais prevalente, corroborando um estudo realizado a partir de dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e seu suplemento sobre saúde de crianças da região Nordeste e Sudeste, Norte e Centro-Oeste que teve como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País; obteve como resultado que, em todas as regiões, as prevalências de diagnóstico de asma foram maiores no sexo masculino (WEHRMEISTER; PERES, 2010).

No presente estudo, houve um maior predomínio de crianças na faixa etária entre 4 e 8 anos, sendo esta considerada de risco para internações, portanto, existe a necessidade de uma assistência adequada incluindo prevenção e controle para reduzir de maneira efetiva esses indicadores. Esse dado é confirmado em estudo realizado a partir de dados secundários oriundos da PNAD e seu suplemento sobre saúde de crianças da região Nordeste e Sudeste, Norte e Centro-Oeste, os resultados apontaram para uma maior prevalência de internação na faixa etária entre 3 e 7 anos, tanto na região Nordeste quanto na região Sul (WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Apesar da importância da atividade física para crianças asmáticas, constatou-se, no presente estudo, que boa parte das crianças foi classificada como sedentária. Dado este semelhante à pesquisa feita por Assis (2011) do tipo analítico de corte transversal, realizada no Laboratório de Avaliação Funcional Pulmonar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com crianças e adolescentes de ambos os sexos; com idade entre 9 e 10 anos, atendidos em serviço público especializado; com diagnóstico prévio de asma. O autor identificou o quanto as mães influenciam na prática de atividades de seus filhos e que, apesar das mães terem consciência da importância da atividade física para o desenvolvimento da criança, a maioria apresentou concepções negativas com relação à atividade física para os filhos asmáticos. Algumas delas tinham medo de que seus filhos adoecessem se fizessem exercícios e outras acreditavam que o exercício físico era perigoso para crianças com asma, fato também observado entre as mães do estudo vigente.

Avaliação das Unidades de Saúde da Família

No que se refere ao atributo vínculo, foi verificado que 56,0% das mães ou cuidadores não procuravam a unidade ou o agente quando a criança adoecia ou precisava de algum conselho; e 74,0% das crianças não eram acompanhadas pelo mesmo médico/enfermeiro. Quanto à relação das mães ou cuidadores com a equipe que presta assistência à criança, 44,0% afirmaram ter uma boa relação. No tocante à comunicação, 44,0% afirmaram ter boa comunicação com a equipe (*tabela 3*).

Tabela 3. Avaliação do serviço prestado pela Unidade de Saúde da Família às crianças asmáticas quanto ao atributo vínculo e longitudinalidade. Vitória da Conquista (BA), 2015

	N	%
Quando adoecer ou conselho procura unidade ou agente		
Sim	22	44,0
Não	28	56,0
Mesmo médico/enf. que acompanha		
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Relação com a equipe		
Muito boa	4	8,0
Boa	22	44,0
Regular	10	20,0
Ruim	4	8,0
Péssima	3	6,0
Não tem nenhuma relação	7	14,0
Comunicação com a equipe		
Muito boa	3	6,0
Boa	22	44,0
Regular	19	38,0
Ruim	3	6,0
Péssima	1	2,0
Não se comunica	2	4,0
Médico/enf. unidade acompanha criança		
Sim	9	18,0
Não	41	82,0
Sente à vontade de conversar com o profissional		
Não respondeu	2	4,0
Sim	35	70,0
Não	13	26,0

	N	%
O médico/enf. tira sua dúvida e você entende		
Não respondeu	5	10,0
Sim	29	58,0
Não	16	32,0
O médico/enf. conhece hist. clínica completa		
Sim	16	32,0
Não	34	68,0
Médico sabe todos os medicamentos que a criança usa		
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

O atributo vínculo neste estudo mostrou-se bastante frágil. Em uma pesquisa qualitativa, exploratória, com orientação analítico-descritiva, na qual participaram 22 usuários, observou-se, por meio das respostas deles, a presença do vínculo (efetivo) terapêutico estabelecido entre profissional-usuário, sendo este de fundamental importância para que o usuário adquirisse confiança no profissional e na assistência recebida (LEITE *et al.*, 2014). Precisa existir o reconhecimento da população adscrita da unidade de saúde como fonte regular de cuidados e fácil acesso às consultas, caso contrário, implica a busca de serviços emergenciais para tratamento e agravos possíveis de intervenção pela equipe de saúde (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014); fato relatado com frequência pela população estudada.

Os resultados encontrados no presente estudos são semelhantes ao de Mattioni, Budó e Schimith (2011), no qual, por meio de uma pesquisa descritiva e qualitativa com EqSF de um município localizado na região Sul do Brasil tendo como instrumento da pesquisa a observação participante, entrevistas e consulta em documentos, notaram que o modelo médico-centrado ainda possuía presença imperativa priorizando as tecnologias leve-duras que são centradas em procedimento em detrimento de tecnologias leves, como a escuta, o acolhimento e o vínculo. Sabe-se que, em muitas situações, as últimas são mais resolutivas que as primeiras, porém ainda pouco utilizadas na prática.

No que diz respeito ao atributo longitudinalidade, observou-se que 82,0% das crianças

asmáticas não possuíam médico/enfermeiro que as acompanhassem para o seu problema. Quando perguntado se essas mães ou cuidadores se sentiam à vontade de conversar com o profissional que atende à criança, 70,0% relataram que sim. Quanto à disponibilidade dos médicos/enfermeiros na escuta das dúvidas e nas explicações destas, 58,0% das mães ou cuidadores referiram que os médicos/enfermeiros escutavam suas dúvidas e explicavam de forma que eles entendessem. Segundo relato das mães ou cuidadoras, 68,0% dos médicos/enfermeiros não conheciam a história clínica completa da criança e que 74,0% dos médicos não sabiam todos os medicamentos que a criança fazia uso. Dados apresentados na *tabela 3*.

A definição de longitudinalidade utilizada nesta pesquisa foi a de Starfield, que a conceitua como a inter-relação de longa duração entre profissionais de saúde e pacientes nas suas unidades de saúde, mediada por laços interpessoais que, conseqüentemente, reflete em mútua cooperação entre os usuários e os profissionais de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Baratieri e Marcon (2011) também utilizaram o conceito de longitudinalidade de Starfield em seu estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, que teve como objetivos avaliar como os enfermeiros conceituam a longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família e verificar sua compreensão sobre a efetivação dessas em seu trabalho e com a equipe. A partir dessa pesquisa, os autores puderam perceber que a garantia da longitudinalidade da atenção necessita de uma boa interação entre as partes, confiança e responsabilidade ao longo de toda a relação, sendo essa característica de fonte regular de cuidado ao longo do tempo o ponto central para uma maior efetividade da atenção em saúde.

É importante destacar o uso da palavra continuidade como sinônimo de longitudinalidade, entretanto essas palavras possuem conceitos específicos. A continuidade do cuidado é definida como o acompanhamento de uma patologia específica do paciente, porém não obrigatoriamente por um mesmo médico. A continuidade não exige inter-relação entre profissional e usuário, já que bons registros podem substituir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIERI; MARCON, 2011).

No presente estudo, os resultados com relação aos itens abordados anteriormente foram negativos, pois a maioria das crianças não tinha um profissional que as acompanhassem para o seu problema, a maioria dos profissionais não conhecia sua história completa e nem seus medicamentos de uso contínuo, demonstrando assim uma séria fragilidade do atributo longitudinalidade para essa assistência.

Existem boas evidências de que usuários que possuem uma unidade ou um profissional como sua fonte habitual de cuidado mantêm suas consultas de revisão e conseguem se prevenir quanto aos problemas de saúde; assim como pacientes que procuram sempre o mesmo local como fonte de cuidado possuem menores índices de hospitalização e menor custo do tratamento do que aqueles que não possuem esse vínculo. Dessa forma, se o usuário for sempre acompanhado pelo mesmo profissional, essa redução é ainda maior (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

Os resultados encontrados quanto ao atributo longitudinalidade demonstram o quanto a asma é pouco priorizada pelos serviços como uma doença crônica grave, que necessita de tratamento contínuo e integral, acompanhamento e desenvolvimento de processo educacional e percepções sobre a doença. É necessário, portanto, uma assistência sem atrasos nos diagnósticos, acessível à população, com profissionais sensibilizados e capacitados, medicação de primeira linha e investimento em educação para saúde. Isso requer um investimento certamente inferior aos custos das internações, do absenteísmo escolar e um menor sofrimento dessa população.

Com relação ao atributo acessibilidade, verificou-se que 72,0% das crianças quando adoeciam não eram imediatamente atendidas na unidade e que 70,0% não tinham facilidade de marcar a consulta para acompanhamento da criança na unidade. No que concerne à marcação de consulta para especialista, 48,0% marcaram na própria unidade, e destes, 40,0% tiveram facilidade em marcar a consulta com especialista (*tabela 4*).

Tabela 4. Avaliação do serviço prestado pela Unidade de Saúde da Família às crianças asmáticas quanto ao atributo acessibilidade, coordenação integral do cuidado e serviço de informação. Vitória da Conquista (BA), 2015

	N	%
Quando adoecer é imediatamente atendida na unidade		
Não respondeu	2	4,0
Sim	12	24,0
Não respondeu	36	72,0
É fácil marcar consulta para acompanhamento		
Não respondeu	5	10,0
Sim	10	20,0
Não	35	70,0
Como marcou		
Não tentou marcar	13	26,0
Na Unidade de Saúde	24	48,0
Agente Comunitário	2	4,0
Outros marcaram	3	6,0

	N	%
Não conseguiu marcar	5	10,0
Particular	1	2,0
Convênio	3	6,0
Facilidade para marcar		
Não tentou	16	32,0
Sim	20	40,0
Não	14	28,0
Criança encaminhada para especialista		
Sim	19	38,0
Não	31	62,0
O médico/enf. sabe que fez consulta com especialista		
Sim	16	32,0
Não	34	68,0
O médico/enf. ficou sabendo dos resultados		
Sim	9	18,0
Não	41	82,0
O médico/enf. marcou revisão		
Sim	7	14,0
Não	43	86,0
Prontuário da criança na unidade		
Sim	29	58,0
Não	21	42,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Na avaliação do atributo acessibilidade, em um dos quesitos propostos no questionário, foi verificado que a maioria das crianças quando adoecia não era atendida de imediato na unidade de saúde, fato que justifica a procura das mães pelos serviços de urgência e emergência hospitalares. Semelhante a essa informação, em um estudo observacional de corte transversal de abordagem quantiquantitativa com amostra de 161 mães de crianças menores de 2 anos e 35 profissionais de saúde de quatro UBS do município de Teixeira de Freitas (MG), observou-se que quando as crianças adoecem, as mães preferem levá-las ao hospital devido à falta de vagas para demanda espontânea nas UBS (COSTA *et al.*, 2011).

Diante do exposto, são perceptíveis, portanto, as limitações para que a rede de atenção básica se torne de fato a 'porta de entrada' mais importante para o sistema de saúde, propiciando a procura de serviços de maior densidade tecnológica e maior custo para problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no nível primário.

Ainda sobre o atributo acessibilidade, a maior parte dos pesquisados referiu dificuldade na marcação de consultas na unidade para acompanhamento da criança para seu problema. Segundo as mães ou cuidadores, esse serviço de acompanhamento para as crianças asmáticas não acontece na unidade, sendo as crianças, em sua maioria, somente acompanhadas pelo especialista. Essa informação demonstra quão fragmentada é a assistência oferecida a esse público.

Na *tabela 4*, encontra-se apresentado o atributo coordenação integral do cuidado. Observou-se que 62,0% das crianças não foram encaminhadas para o especialista pela EqSF e que 68,0% dos médicos/enfermeiros não souberam que a criança havia feito consulta com especialista. Com relação aos resultados da consulta com especialista, 82,0% dos médicos/enfermeiros não souberam dos resultados, e 86,0% dos médicos/enfermeiros não marcaram revisão para dar continuidade ao acompanhamento da criança. Quanto ao atributo serviço de informação, 58,0% das crianças possuíam prontuário manual na unidade.

Em seu estudo, Costa *et al.* (2011) detectaram que há uma maior facilidade de referência do que de contrarreferência em unidades de saúde, uma vez que os profissionais de saúde encaminham os usuários para o especialista, mas têm grandes dificuldades quanto ao retorno das informações. Normalmente, o próprio usuário na consulta de revisão marcada pelo médico/enfermeiro da unidade passa a informação, pois não existe relatório para que ocorra a contrarreferência, dificultando a integralidade da assistência. No presente estudo, foi detectada uma série de falhas quanto à coordenação integral do cuidado, pois, além da falha na referência, há falha em todos os pontos da contrarreferência e no registro do prontuário.

Os dados da *tabela 5* abordam o atributo orientação familiar. Quando indagado se os médicos/enfermeiros perguntam a opinião das mães ou cuidadores no que se refere ao tratamento da criança asmática, 82,0% responderam que não. Com relação às visitas familiares, 76,0% recebiam visitas. A frequência dessas visitas foi de quatro vezes nos últimos 12 meses para 52% dos casos. Quanto ao quesito visita domiciliar para orientações de controle

da asma, 98,0% nunca receberam. No que diz respeito à disponibilidade e capacidade da equipe em atender a membros da família para discutir sobre a doença da criança, 74,0% responderam negativamente.

Tabela 5. Avaliação do serviço prestado pela Unidade de Saúde da Família às crianças asmáticas quanto ao atributo orientação familiar, satisfação do usuário e acesso a medicação. Vitória da Conquista (BA), 2015

	N	%
O médico/enf. pergunta sua opinião		
Não respondeu	1	2,0
Sim	8	16,0
Não	41	82,0
Recebe visitas domiciliares		
Sim	38	76,0
Não	12	24,0
Quantas vezes		
Nenhuma	13	26,0
Uma vez	2	4,0
Duas vezes	2	4,0
Três vezes	5	10,0
Quatro vezes	2	4,0
Mais de quatro vezes	26	52,0
Recebe visitas pra orientações domiciliares para controle da asma		
Sim	1	2,0
Não	49	98,0
A equipe está disponível e capaz de atender a membros da família		
Não respondeu	1	2,0
Sim	12	24,0
Não	37	74,0

	N	%
Satisfação com horário		
Não respondeu	1	2,0
Sim	31	62,0
Não	18	36,0
Satisfeita com o tratamento oferecido pela unidade		
Bom	5	10,0
Regular	16	32,0
Ruim	15	30,0
Péssimo	14	28,0
Acesso gratuito a todos os medicamentos para o tratamento asma		
Sim	6	12,0
Não	41	82,0
Bombinha	2	4,0
Clenil	1	2,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Leite *et al.* (2014), a integralidade extrapola a visualização da assistência em todos os níveis, sendo trabalhada em inúmeras dimensões para ser alcançada. Uma das dimensões que podem ser utilizadas é a focalizada, que tem como ponto de partida permitir a informação em saúde como meio para alcançar o cuidado integral. A dimensão focalizada seria aquela relacionada com o compromisso e com a preocupação da equipe de saúde de um determinado serviço em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que procuram atendimento, promovendo os vínculos efetivos entre os envolvidos e orientando-os para a prevenção de enfermidades ou agravos, além de promover a inter-relação entre os níveis assistenciais.

Na prática diária, esses espaços favorecem a montagem do projeto assistencial e possibilitam uma visão mais global do usuário e de suas necessidades, proporcionando, também, a participação do deste e de sua família na definição da assistência que recebem,

o que favorece a sua autonomia. Os trabalhadores precisam desenvolver habilidades e ações que mobilizem para o reconhecimento das necessidades reais do indivíduo e propiciem a educação permanente, porém, para que isso ocorra, é indispensável a disposição do profissional de saúde para a escuta, encontro, responsabilização e vínculo (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

No presente estudo, apesar das visitas domiciliares acontecerem com certa regularidade e frequência, essas não são utilizadas para informação e empoderamento do usuário, pois as unidades não disponibilizam momentos que favoreçam a troca de informações entre usuários/cuidadores e profissionais de saúde. Avaliando o serviço prestado quanto à satisfação do público pesquisado, notou-se que 62,0% estavam satisfeitos com o horário de funcionamento da unidade. Com relação ao tratamento oferecido pela unidade às crianças asmáticas, 58% consideraram como ruim/péssimo, e 82% das crianças não tinham acesso gratuito às medicações para o tratamento da asma. Dados registrados na *tabela 5*.

Foi obtido resultado positivo com relação à satisfação do usuário com o horário de funcionamento da unidade, porém, quando perguntado com relação à satisfação desses usuários com relação ao tratamento da criança asmática oferecido pela unidade, a maioria classificou como ruim/péssimo. Em um estudo transversal, qualitativo realizado em duas UBS da cidade de Pelotas (RS), observou-se que a satisfação esteve associada com a capacidade de resolução do problema e que a disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde foi um fator importante a ser associado com a resolutividade. Indicando que o processo de assistência e os resultados são indissociados para um melhor cuidado do usuário e, conseqüentemente, maior satisfação deste (HALAL *et al.*, 1994).

A disponibilidade dos medicamentos de forma gratuita é indispensável para a adesão e resultados favoráveis no tratamento de doenças crônicas, principalmente para as populações de baixa renda. No presente estudo, a maior parcela dos entrevistados referia não ter acesso gratuito aos medicamentos para o tratamento da asma, sendo esta aquisição necessária já que a maioria das crianças faz uso de medicações de longo prazo e de alto custo, prescritas pelo pneumologista.

A população de asmáticos está respaldada legalmente quanto ao seu direito ao acesso a esses medicamentos gratuitamente a partir da Portaria n° 1.318/GM, de 23 de julho de 2002, que determina e ordena a disponibilização de medicamentos para asma grave (BRASIL, 2002); da Portaria n° 2.084/GM, de 26 de outubro de 2005, que estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica (BRASIL, 2005); e da Portaria n° 1.146, de 1° de junho de 2012, que no art. 7° estabelece que no 'Aqui tem Farmácia Popular' e na 'Rede Própria' os medicamentos definidos para o tratamento da asma e outras doenças crônicas devem ser distribuídos gratuitamente aos usuários (BRASIL,

2012). Na pesquisa, quando perguntado o porquê de a criança não ter o acesso gratuito à medicação, os entrevistados responderam que não tinham tido acesso à informação quanto a esse direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se com o estudo que a assistência dada à saúde de crianças asmáticas no município de Vitória da Conquista (BA) é de baixa qualidade, uma vez que foi possível observar uma série de fatores que obstaculizam a efetivação da integralidade do cuidado. Entre eles, pode-se citar: a inexistência do acompanhamento longitudinal e de vínculo profissional-usuário das unidades; o não reconhecimento das USF como porta principal de entrada pelo usuário; a falha na referência e contrarreferência entre os profissionais da saúde da família e da atenção especializada. Diante do exposto, é possível caracterizar a assistência dada a essa população como fragmentada.

As mães ou cuidadores não se demonstraram satisfeitas com a assistência prestada pelas EqSF, já que recebiam pouco auxílio dos profissionais dessas equipes para o cuidado das crianças asmáticas. O acesso às EqSF mostrou-se frágil já que as mães ou cuidadores preferem levar seus filhos na emergência quando adoecem, porém, com relação ao acesso a especialistas, como, por exemplo, pneumologista, profissional importante para o tratamento dessas crianças, os resultados foram positivos. Além disso, as mães ou cuidadores do estudo não estão devidamente empoderadas para exercerem a autonomia no cuidado da criança, já que a informação em saúde demonstrou-se como um ponto incipiente nessa assistência, ficando restrita somente às orientações dadas pelo pneumologista.

É importante salientar que a assistência do asmático leve pode ser feita sem o acompanhamento do pneumologista. Para tanto, é de suma importância que a equipe de saúde esteja preparada para orientar esses cuidadores, no sentido de controlar os fatores alérgenos e favorecer hábitos saudáveis. É necessário também que ações intersetoriais aconteçam, a fim de favorecer um ambiente mais saudável.

De posse desses conhecimentos acerca da assistência que é prestada pelas EqSF às crianças asmáticas, sugere-se uma melhor organização na assistência a esse público de forma que o cuidado às crianças com asma não seja mais negligenciado na atenção primária; a começar pelo preenchimento do prontuário, identificando o diagnóstico da criança com asma; capacitação de toda equipe da unidade para o acompanhamento das crianças assim como é feito para os pacientes com diabetes e hipertensão; o favorecimento da referência e contrarreferência entre as unidades e as equipes especializadas e a realização de atividades no sentido de informar e orientar os usuários e cuidadores quanto ao manejo e controle da doença, favorecendo uma maior qualidade de vida para essas crianças. Sugere-se que a se-

cretaria de saúde do município e implemente uma linha de cuidado para essa população, com a definição de protocolos e estratégias em direção à atenção integral à criança com asma e qualifique os profissionais das unidades básicas para que o acompanhamento integral se concretize na prática.

COLABORADORES

Vanessa Cruz Miranda contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Luciana Araújo do Reis contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ASSIS, F. M. N. *et al.* Broncoespasmo induzido por exercício, atividade física e suas limitações em crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Alerg. Imunopatol.*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 33-41, 2011.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Doenças respiratórias crônicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Normas e Manuais Técnicos, Série A; Cadernos de Atenção Básica, 25). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 (Legislação em Saúde, Série E). Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Textos Básicos em Saúde, Série B). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.084/GM, de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_003.pdf> Acesso em: 28 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasis). *Número de casos de óbitos e de internações por asma*. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 3. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 46, n. 3-4, p. 151-72, 2002.

CORIOLINO, M. W. L. *et al.* Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 317-325, jun. 2011.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, jul. 2011.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 4. *J Bras Pneumol.*, São Paulo, v. 32, supl. 7, p. S447-S474, nov. 2006.

GIGHIO, L. A.; BARRETO, D. S.; FAJARDO, A. P. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 244-254, abr./jun. 2014.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HALAL, I. S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-136, Abr. 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde 2013*. Brasília, DF: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 28 set. 2016.

LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 51, out./dez. 2014.

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-271, jun. 2011.

ROCHA, J. I. P. *et al.* Relação entre a ocorrência de asma em crianças com: nível educacional dos cuidadores, renda domiciliar e condições de moradia. *Rev. Fac. Ciênc. Méd.*, Sorocaba, v. 13, n. 1, p. 17-21, 2011.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, Brasília, DF, n. 67, p. 125-172, 2008.

SARMENTO, G. J. V. *Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia*. Barueri: Manole, 2011.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. *Primeira infância melhor: uma inovação em política pública*. Brasília, DF: Unesco; Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes da sociedade brasileira de pneumologia e tisiologia para o manejo da asma. *J Bras Pneumol.*, São Paulo, v. 38, supl. 1, S1-S46, abr. 2012.

SOLÉ, D. *et al.* Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC) – Fase 3. *J. Pediatr.*, Porto Alegre, v. 82, n. 5, p. 341-346, out. 2006.

WEHRMEISTER, F. C.; PERES, K. G. A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1839-1852, set. 2010.

Capítulo 19

Inexecução do Projeto Conquista: o caso do controle do câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba

Luciana de Oliveira Figueira
Ernani Costa Mendes
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

INTRODUÇÃO

Ao considerar a relevância da saúde como um direito humano e fundamental, uma vez que, constitucionalmente assegurado, essa área tem sido um foco importante da cooperação internacional.

A abordagem nacional foi concebida como cooperação estruturante em saúde, com a finalidade de gerar o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países envolvidos, buscando, por meio da produção de conhecimento, a construção de capacidades locais, rompendo, assim, com a tradicional transferência passiva de saberes.

Foi nesse contexto que se firmou o Protocolo de Cooperação em Saúde (BRASIL, 2012), cujo Projeto 3: Programas de Controle do Câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba, elegeu, respectivamente, o município brasileiro de Vitória da Conquista (Bahia) e a província cubana de Villa Clara. Em 15 de maio de 2013, foi firmada uma Carta de Intenções entre a Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), a Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf-SUS), a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab) e o Ministério da Saúde Pública de Cuba (Minsap) para a realização do Projeto Conquista – Projeto Interdisciplinar e Social de Cuidado e Controle do Câncer, a partir da Atenção Básica (AB) (doravante denominado apenas Projeto Conquista).

O objetivo geral do Projeto consistia no desenvolvimento de uma nova forma de organização, visando à melhoria do cuidado e do controle do câncer. Esse novo modelo partiria da AB, primeiro nível de atenção em saúde, que, em razão da sua função de articular os diversos serviços e ações relacionadas à atenção em saúde, coordenaria os cuidados voltados ao paciente com câncer em todos os níveis assistenciais.

Apesar da importância do Projeto Conquista e do significativo impacto social que sua

implementação traria, ele não foi executado, conforme se depreende do Ofício nº 004/2015, expedido pela Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Comissão de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Vitória da Conquista, estado da Bahia (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015). Segundo o texto da proposta técnica do Projeto, a única fase concluída foi a primeira, denominada elaboração, cujos objetivos eram realizar o diagnóstico situacional compartilhado, a formulação interinstitucional e a estruturação da gestão.

O presente texto tem o propósito de analisar o Projeto Conquista e buscar as causas da sua inexecução.

A metodologia, centrada na pesquisa qualitativa, utilizou como base analítica a pesquisa documental. Teve como objeto o município de Vitória da Conquista (Bahia), em virtude de ser a parte brasileira do Protocolo de Cooperação. O período da pesquisa correspondeu àquele estabelecido no prazo de execução do Projeto Conquista (janeiro de 2013 a dezembro de 2015). Foram analisadas leis e atos administrativos, Acordos de Cooperação Técnica, Cartas de Intenções e notícias sobre o Projeto Conquista publicadas nos *sites* das instituições envolvidas no projeto (Seção Independente de Controle do Câncer/Ministério da Saúde Pública de Cuba – SICCC/Minsap; Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil – MS; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Inca; Fundação Estatal de Saúde da Família/SUS – Fesf-SUS; Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – Sesab; Prefeitura municipal de Vitória da Conquista).

O PROJETO CONQUISTA – FUNDAMENTOS

A cooperação internacional para o desenvolvimento consiste em mecanismos por meio dos quais os países ou instituições participantes articulam o compartilhamento de experiências bem-sucedidas de conhecimentos técnico, científico, tecnológico e cultural por intermédio de programas e projetos. Importante ferramenta para o progresso dos envolvidos, a cooperação técnica traduz-se em uma construção conjunta de estratégias para a transferência de conhecimentos, experiências, tecnologia e equipamentos, que tem como finalidade contribuir para a capacitação dos atores e o fortalecimento das instituições envolvidas nos projetos.

A elaboração participativa de estratégias para a produção de soluções autênticas de problemas comuns aos países emergentes e em vias de desenvolvimento é denominada de cooperação Sul-Sul ou cooperação horizontal (PINO, 2014). Como modalidade dessa espécie, emerge a Cooperação Estruturante em Saúde, caracterizada pelo compartilhamento ativo de conhecimentos, reconhecendo as peculiaridades de cada participante, e pela utilização do trabalho das pessoas do local, dando ênfase à capacitação de recursos humanos. Com

a finalidade última desenvolver capacidades, essa espécie de Cooperação tem como base a solidariedade entre os países em desenvolvimento e encontra fundamento no princípio da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (ALMEIDA *et al.*, 2010).

O PROJETO CONQUISTA – BRASIL-CUBA

Os Governos da República Federativa do Brasil e da República de Cuba assinaram, em 18 de março de 1987, em Havana, um Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica (Decreto nº 46, de 01 de março de 1991) (BRASIL, 1991), dando início à cooperação bilateral em saúde entre esses dois países. A partir desse Acordo, muitos outros foram firmados, objetivando promover e desenvolver as relações existentes entre esses países, além de complementar as iniciativas internas em busca do desenvolvimento econômico e social. Entre os documentos firmados, merecem atenção os destacados a seguir.

Em 2011, foi celebrado o Protocolo de Cooperação em Saúde entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde Pública da República de Cuba, pelo qual foi criado o Comitê Gestor Binacional Brasil-Cuba em Biotecnologia em Saúde, como mecanismo de coordenação e deliberação sobre as prioridades da cooperação bilateral na matéria, assinado em Havana em 22 de setembro.

A Declaração Conjunta do Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e do Ministério da Saúde Pública da República de Cuba sobre Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde (BRASIL, 2012) estabeleceu o aprofundamento da cooperação em saúde em três eixos temáticos principais: desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde; articulação regulatória e articulação para pesquisa clínica.

Como consequência da Carta de Havana, foi assinada a Carta de Intención entre o Inca/MS e a Sección Independiente de Control Del Cáncer (SICC/Minsap), em Havana (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013a, 2013b), na qual foram analisados os projetos para o tema nº 1 – ‘Terapêuticas e Programas de Controle do Câncer’, em que ficaram definidos três projetos de colaboração, entre eles o desenvolvimento da cooperação estrutural em saúde em matéria de programas de controle do câncer em áreas demonstrativas do Brasil e de Cuba 2012-2015. Essa é a gênese do Projeto Conquista.

Em 15 de março de 2013, concretizando o Projeto, foi assinada a Carta de Intenção entre o Inca/MS, a SICC/Minsap, a Sesab/BA, a Fesf-SUS e a Prefeitura de Vitória da Conquista. Dois meses depois, o Prefeito do Município recebeu das mãos da representante da SICC/Minsap a Carta de Intenção confirmando a realização do Projeto Conquista em Villa Clara. Foi firmada, então, essa cooperação internacional estruturante em saúde e definido o programa de controle do câncer em áreas demonstrativas do Brasil e de Cuba como um dos projetos previstos para o enfrentamento do tema nº 1 – ‘Terapêuticas e Programas de Controle do Câncer’.

O PROJETO CONQUISTA – DESENVOLVIMENTO

O objetivo geral do Projeto Conquista para a área demonstrativa nacional é “encontrar estratégias para promoção da saúde, prevenção e controle da doença e atenção integral ao paciente com câncer, no âmbito da rede a partir da atenção básica de saúde” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p. 36). Os objetivos específicos podem ser agrupados a partir dos quatro eixos escolhidos para orientar o desenvolvimento do Projeto: cuidado ao paciente e sua família, a educação permanente, a comunicação em saúde, a pesquisa e monitoramento.

I – Cuidado ao paciente: cujos objetivos específicos são: reorganizar o papel da AB na rede de atenção e demais áreas de atuação para cuidado e controle do câncer; articular ofertas das políticas públicas e modelos já existentes para AB e doenças crônicas não transmissíveis; inovar no campo das ações de promoção de saúde voltadas para o câncer a partir da AB; inovar no campo da produção de melhorias para a qualidade de vida das pessoas com câncer e seu contexto social; melhorar o controle do câncer a partir de ações de acompanhamento e atenção integral ao paciente e ao território a partir da AB.

II – Educação permanente: com a finalidade última de reconfigurar a “lógica de formulação das políticas de combate ao câncer no município” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p. 41). Objetivos previstos: desenvolver ofertas de educação permanente, com foco no cuidado em condições crônicas, garantindo o desenvolvimento da longitudinalidade; preparar uma plataforma tecnológica de pesquisa e inovação para futuras transferências de biotecnológicas; fortalecer a formação profissional com foco em agravos crônicos além de intercâmbio científico entre os países da América Latina.

III – Comunicação e cultura: a comunicação em saúde tem grande importância no processo de transformação da realidade social, por meio da promoção e prevenção, além de educação e desmistificação de crenças socialmente construídas. O objetivo específico consiste em trabalhar com o imaginário da população, dos profissionais e dos gestores sobre a cronicidade da doença.

IV – Pesquisa e monitoramento: é a pesquisa que orienta a estruturação das ações em saúde, sendo clara a escolha desse eixo para nortear o desenvolvimento do Projeto. São objetivos desse eixo: controlar os fatores de risco e desenvolver ações de prevenção específicas do câncer a partir da AB; incorporar a abordagem integrada do ciclo de vida no planejamento e na execução de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer na Rede de Atenção à Saúde local; realizar o monitoramento dos indicadores do câncer no município, integrando as informações entre as Redes de Atenção à Saúde; restabelecer o fluxo de registro hospitalar de câncer.

Coerente ao que foi apresentado para a direção nacional do Projeto Conquista, foram criados órgãos colegiados em nível nacional e local. A formação e as atribuições dos grupos apresentados são as seguintes:

a) Grupo Gestor Nacional: formado pelos representantes das instituições executoras, é responsável por conduzir o Projeto em consonância com os objetivos propostos na cooperação internacional e tem papel executivo em todas as fases.

b) Coordenação Executiva: a cargo da Fesf-SUS, sendo a fundação responsável pelo apoio e coordenação compartilhada da agenda, das tarefas, da rede de pedidos e compromissos.

Constituída por 69 municípios do estado da Bahia, a Fesf-SUS é um órgão público e intermunicipal que integra a administração indireta dos Municípios. Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, foi instituída em maio de 2009 (BAHIA, 2007), tendo como base os princípios de gestão compartilhada, democrática e participativa.

c) Grupo Gestor Local: agrega os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, que têm papel de coordenar a execução local do Projeto, definindo seus passos, recursos e métodos.

d) Grupo Consultivo Local: composto por trabalhadores da rede de AB e especializada do município, representantes do setor privado que compõem a rede local de atenção à saúde, representantes das universidades parceiras do Projeto e representantes de alguns setores da sociedade, como o de controle social do SUS e as organizações sociais que atuam na rede de cuidado e controle do câncer.

e) Grupos Operacionais: são responsáveis pela execução dos eixos e planos de ação do Projeto, com autonomia para reformulações e ajustes que se façam necessários. Compete a esses grupos viabilizar as propostas concretas de execução, que deverão ser acompanhadas pelo Grupo Consultivo e definidas com o Grupo Gestor Local.

O Projeto Conquista foi documentalmente consubstanciado com a apresentação da proposta técnica. Tinha-se consolidado a fase de elaboração, isto é, os problemas já haviam sido identificados, os objetivos gerais e específicos definidos e parte das atividades planejadas.

Na segunda fase do Projeto, denominada fase de estruturação e pactuação, iniciada em dezembro de 2012 (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012), aconteceria a aprovação interinstitucional. Após esse ato, cada instituição indicaria os recursos que deveriam ser alocados.

Com o término do Primeiro Seminário do Projeto Conquista, as notícias publicadas nos sites oficiais das instituições participantes começaram a escassear. A última publicação com informações sobre providências para execução do Projeto tem origem na página da Fesf-SUS que, exercendo suas atribuições como coordenadora executiva, editou, em 21 de junho de 2013, o Ato Administrativo nº 0214 (BAHIA, 2013b), que autorizava, *ad referendum*, a criação do cargo de Assessor Especial para a Gestão do Projeto Conquista. Contudo, não foram encontradas informações sobre a aprovação ou ratificação do ato administrativo nem sobre o provimento do referido cargo.

Em setembro de 2015, aproximadamente dois anos depois da realização do referido seminário, a Assessoria de Planejamento e Educação Permanente, por meio do Ofício nº 004 (03/09/2015) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015), informou que o Projeto Conquista não estava sendo executado.

O PROJETO CONQUISTA – A INEXECUÇÃO

Para Campos, Abegão e Delamaro (2002), a vida de um projeto pode ser dividida em quatro fases: elaboração, estruturação, realização e encerramento. Consulta realizada na proposta técnica do Projeto Conquista forneceu os seguintes dados: a fase de elaboração foi encerrada em dezembro de 2012, 220 dias depois do seu início; a segunda fase, identificada como pactuação e estruturação, teve o seu começo no mesmo mês de dezembro e estava em andamento.

Na fase de elaboração, é concebida a proposta técnica do projeto. Essa etapa é percorrida em três passos.

I – Primeiro passo: detectar o problema que será enfrentado. Com essa finalidade, deve ser reunida e sistematizada toda informação disponível, ressaltando que, na caracterização do problema, é indispensável levar em consideração a vivência de todos os atores envolvidos.

Esse estágio parece ter sido cumprido com sucesso pelo Projeto Conquista. Foram verificados os índices de morbimortalidade, previsões de novos casos de câncer e da mortalidade dele decorrente, bem como o perfil do município e da AB em níveis nacional e local.

No diagnóstico situacional, foram percebidas algumas fragilidades, entre as quais tem destaque à deficiência da AB para “realizar coordenação do cuidado junto aos níveis especializados, com cultura de cuidado a pessoa com câncer concentrado na alta complexidade, de forma fragmentada e distante da Atenção Básica” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p. 25).

Com a alteração proposta pelo Projeto Conquista, o cuidado e o controle do câncer partiriam da AB, estando, por isso, caracterizadas a importância desse nível do cuidado e a fragilidade reconhecida no diagnóstico situacional.

É oportuno ressaltar que a posição do município como referência regional em saúde (SANTOS, 2013) foi uma das razões da sua definição como área demonstrativa no Brasil, pois viabilizaria a ampliação do impacto do Projeto. Analisando a situação do município de Vitória da Conquista, constata-se que, em dezembro de 2011, a população de 306.866 habitantes, e uma estimativa de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 127.650 habitantes, contava com 37 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e uma proporção de cobertura aproximada de 42%, com 29 Equipes de Saúde Bucal (EqSB), em que a razão entre essas equipes

e as EqSF era de 0,8. Por fim, o município dispunha de 4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012).

Quanto à proporção de cobertura populacional estimada da saúde da família, é importante salientar que existe uma discrepância entre a informação contida no Projeto Conquista e a que é fornecida pelo MS/Sesab. A primeira fonte (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p. 18) traz a seguinte assertiva, “o censo de 2011 mostrou que a cobertura de ESF no município foi de 62%, apresentando boa oferta de serviços”. Os dados disponíveis no *site* da Diretoria da AB, por sua vez, informam que, em 2011, a proporção de cobertura populacional estimada da saúde da família para a região de Vitória da Conquista era de 66,53%, e para o município de Vitória da Conquista era de 41,60%.

A cobertura da ESF superior a 50% foi um dos itens que justificaram a escolha do município de Vitória da Conquista como área demonstrativa no Brasil, assim, a significativa diferença entre a real situação do município e o falho diagnóstico situacional, certamente, traria problemas quando da execução do Projeto.

Outra dificuldade reside no desenvolvimento da capacidade dos profissionais da ESF em gerir o tratamento do usuário, quando este necessita de atendimento em outros pontos da rede. Também é um problema recorrente o esclarecimento e a coordenação da passagem obrigatória do usuário pela Unidade de Saúde da Família (USF) para ser encaminhado aos cuidados especializados. Essa articulação necessária entre os três níveis do cuidado depende de que a rede de serviços de saúde esteja integrada regionalmente e de que exista fluxo comunicacional interligado.

No caso de Vitória da Conquista, essa coordenação se torna mais complexa tendo em vista que o município é sede de uma microrregião que abrange 19 municípios (SANTOS, 2013), sendo necessária a administração de toda essa demanda. Santos (2013, p. 189) constatou:

Na rede microrregional de serviços, encontramos uma obrigatoriedade de acesso regulado via Atenção Primária de Saúde (APS), no discurso político e nos documentos institucionais, mas com inúmeras brechas que descaracterizam e comprometem os fluxos organizacionais. [...] nessa órbita, o maior desafio estabelece-se após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços de média e alta densidade tecnológica, por conta do estrangulamento na oferta de vagas frente à pressão das demandas, bem como, na capacidade dos profissionais da ESF de acompanharem o percurso do usuário que consegue iniciar o processo terapêutico fora do âmbito da APS. Nesse sentido, impõe-se desafios aos gestores e profissionais das EqSF para garantirem a resolubilidade e continuidade do cuidado dos usuários em tratamento num território regionalizado, com deficiências comunicacionais entre os níveis e insuficiência de serviços de suporte.

No caso do controle e tratamento dispensado às pessoas com câncer, essa limitação da oferta para atendimento em níveis de maior complexidade é extremamente prejudicial, na medida em que impede o diagnóstico precoce e gera o agravamento do quadro.

Essa era a realidade da AB regional entre 2011 e 2013. Em julho de 2012, em uma entrevista concedida à revista 'Rede Câncer', a coordenadora da SICC/Minsap, ao ser questionada sobre o objetivo de estabelecer duas áreas demonstrativas no projeto de cooperação estrutural em saúde, declarou:

A intenção é melhorar o controle do câncer nas cidades escolhidas para a etapa piloto, partindo de estruturas e metodologias que já existem. Assim, poderemos construir novas formas organizativas que concebam o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e nos permitam unir esforços com outros atores da sociedade, em colaboração. (PÉREZ, 2012, p. 30).

Se, por um lado, é importante a utilização da estrutura de AB já existente no município para a implantação do Projeto, inclusive por uma questão de viabilidade financeira, por outro, é essencial levar em consideração que aumentar as atribuições das EqSF sem a indispensável reorganização do sistema e sem o devido ajuste de recursos humanos e materiais é sobrecarregar uma estrutura que já funciona em condição de precariedade, como ficou demonstrado.

II – Segundo passo: uma vez definido o problema, é necessário analisar as alternativas de solução, verificando sua viabilidade, para só então programar as atividades.

Verificar a viabilidade de um projeto consiste em avaliar suas potencialidades e capacidades antes mesmo da sua implementação. O objetivo é examinar a solução escolhida para o problema, identificando sua possibilidade de êxito a partir das condições existentes. No exame da exequibilidade, devem ser levados em conta os seguintes aspectos:

a) Viabilidade social: não há dúvida quanto à relevância do Projeto Conquista. Diante do constante aumento da morbimortalidade nas diversas topologias, a proposta de organizar a AB para participar da prevenção e acompanhar o tratamento das pessoas com câncer certamente causaria um impacto significativo.

b) Viabilidade técnica: consiste na adequação entre a metodologia, os recursos disponíveis e os resultados pretendidos.

No tocante à AB, as estratégias não se mostram suficientes, estando limitadas à elaboração de instrumentos e fichas de cadastro; à informatização e à construção de prontuário eletrônico; à revisão e adaptação dos protocolos clínicos do município; ao estudo sobre os fluxos de atenção em câncer, para redefinir o fluxo do município e readequar a linha de cuidado.

Quanto aos recursos, as informações ainda são insuficientes. Apesar da divisão do Projeto nos eixos de desenvolvimento e da criação de uma estratégia para cada um deles, não há indicação dos custos envolvidos. Para algumas ações, o Projeto expõe a necessidade de recursos humanos e logísticos, mas, mesmo nesses casos, não apresenta previsão de custos (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012).

Diante disso, não é possível verificar a presença da tríplice adequação entre metodologia, recursos e resultados, de forma que não há como assegurar a viabilidade técnica do Projeto.

c) Viabilidade operacional: examina a relevância e a justificativa dada pela instituição executora do projeto, assim como sua experiência no campo social de inserção da intervenção. Além disso, analisa a conformação organizacional, avaliando, entre outros, os aspectos relacionados à estrutura de decisão e capacitação técnica da equipe.

Na província de Villa Clara, o controle e o cuidado dispensados às pessoas com câncer acontecem a partir da AB, estando comprovada a experiência do SICC/Minsap quanto ao controle e cuidado do câncer. Não obstante, a estrutura organizacional criada para a gestão do Projeto, bem como a distribuição das competências dos órgãos de governança, parece não ter sido concebida da melhor forma, ou, pelo menos, as expectativas quanto ao bom funcionamento dessa estrutura não se concretizaram, a julgar pela inexecução do Projeto.

d) Viabilidade financeira: analisa os custos envolvidos e a disponibilidade dos recursos para a realização das despesas previstas.

O Projeto Conquista, como foi visto anteriormente, não apresentou um plano financeiro que pudesse conduzir suas ações dentro dos parâmetros planejados e, além disso, não delineou um plano estratégico coerente à demanda que um projeto de tamanha magnitude exigia para a sua efetivação. Isso posto, não há como aferir a viabilidade financeira do Projeto Conquista.

III – Terceiro passo: definido o problema, verificada a viabilidade da solução e programadas as atividades, resta a apresentação da proposta técnica. Essa etapa foi cumprida com a apresentação do documento denominado Projeto Conquista, em 2012.

O PROJETO CONQUISTA – HIPÓTESES DA INEXECUÇÃO

Diante do exposto, é possível levantar duas hipóteses sobre a não execução do Projeto:

I – A avaliação *ex-ante* foi falha. Em consequência disso, não foram feitos os ajustes necessários à viabilidade e exequibilidade do Projeto Conquista.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), conforme consignado por Cohen e Franco (1999, p. 76), avaliação é “[...] o processo orientado a determinar sistemática e

objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades à luz de seus objetivos”. Quanto ao momento em que a avaliação se realiza, é possível classificá-la em: avaliação *ex-ante* e *ex-post*. Diante da inexecução do Projeto, só interessa a este trabalho a primeira espécie.

A avaliação *ex-ante*, conforme Cohen e Franco (1999, p. 108), é realizada logo no início do projeto, “tem por finalidade proporcionar critérios racionais para uma decisão qualitativa crucial: se o projeto deve ou não ser implementado”. Nessa oportunidade, são avaliados o diagnóstico e a proposta. De forma geral, a verificação diz respeito à capacidade do projeto de responder às demandas e expectativas da população alcançada; à viabilidade do que foi proposto; à adequação entre objetivos, estratégias e resultados; à importância do projeto para os beneficiários; à adesão e ao envolvimento de todos os alcançados.

Inicialmente se destaca a pouca importância que o Projeto Conquista dispensa à avaliação. Não há qualquer previsão, no texto da proposta técnica, de métodos ou processos de avaliação, de forma que não há previsão para sua realização.

O diagnóstico falho e pouco abrangente do contexto, onde se daria a intervenção, fez com que a escolha das ações estratégicas fosse insuficiente, de forma que foram importadas para o Projeto as deficiências da AB local.

Ressalte-se, ainda, que não há previsão de custos no Projeto, apenas uma listagem incompleta de “recursos humanos e logísticos” necessários para algumas atividades programadas (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p. 27).

Outro problema que se apresenta diz respeito à governança. Dos cinco órgãos colegiados conformadores da estrutura responsável pelas decisões e implementação do Projeto, só os grupos operacionais ainda não estavam formados e em operação quando da apresentação da proposta técnica. Não obstante, essa atuação não foi suficiente para que o Projeto Conquista fosse concretizado, o que demonstra falha na escolha da estrutura organizacional e na distribuição de atribuições. Mais uma vez, são parcas as informações, pois o Projeto se limita a apresentar uma descrição sintetizada da gestão (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012).

Em razão das informações apresentadas, não era possível assegurar a presença das condições necessárias à viabilidade e exequibilidade do Projeto à época. Com a constatação atual da sua não execução, e admitindo que tenha sido feita essa espécie de avaliação, resta entender que ela foi falha.

II – Relegar a definição do orçamento, financiamento e a aprovação interinstitucional para um momento posterior ‘esvaziou’ o Projeto Conquista.

O planejamento financeiro é indispensável na elaboração de um projeto; o plano de ação que foi definido como meio para alcançar os objetivos deve ser adequado aos recursos

disponíveis. Uma vez dimensionados os recursos, é fundamental distribuir as ações programadas no tempo, com a elaboração de um cronograma, pois é isso que viabiliza a estimativa dos custos e a elaboração do orçamento (SOUZA, 2001).

A elaboração do orçamento faz parte da última etapa do processo de planejamento; é o momento em que serão previstos os recursos necessários para o seu desenvolvimento e onde esses recursos serão aplicados em certo período de tempo (SOUZA, 2001). Uma vez orçado, é necessário identificar a fonte financiadora, pois dela depende, em grande parte, a exequibilidade do projeto.

Além de não externar as estimativas de custos, a proposta técnica do Projeto Conquista também não traz, no conjunto de seus elementos, o orçamento. Restringe-se a informar que ele será formulado na segunda etapa, denominada de estruturação e pactuação. Outro ponto que deve ser levado em conta é que o Projeto também não traz as definições acerca do financiamento: identificação dos recursos, quantificação de valores e indicação de origem.

Em verdade, todas as decisões necessárias à efetivação do Projeto (aprovação interinstitucional, pactuação da rede de pedidos e compromissos para as responsabilidades institucionais e identificação da equipe de execução) foram definidas como objetivos a serem alcançados nessa segunda etapa dele, iniciada em dezembro de 2012 e não concluída.

Realmente, na fase de estruturação de um projeto, é organizada a equipe executora e são mobilizados os meios necessários para implementá-lo. Não obstante, é importante salientar que a mobilização dos meios necessários para concretização do projeto depende do conhecimento prévio dos custos e do momento em que haverá demanda dos recursos. A aprovação do projeto advém da análise da sua viabilidade, e ela, por sua vez, da adequação entre as ações programadas e os meios disponíveis. Desse modo, a previsão das despesas, a origem do recurso financeiro e/ou sua forma de captação devem constar dessa proposta técnica.

Por fim, quanto ao preterimento da aprovação interinstitucional do Projeto Conquista, é importante fazer uma breve contextualização.

Desde o início de 2010, havia uma grande mobilização política internacional com foco no tema do enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), entre elas o câncer. Em 13 de maio de 2010, a Assembleia-Geral da ONU convocou, por meio da Resolução n° 265, uma Reunião de Alto Nível sobre DNCT para ser realizada em setembro de 2011. Esse momento foi crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na criação e aperfeiçoamento de estratégias para o cuidado e controle dessas doenças, bem como para a inserção do tema das DNCT como fundamental para o alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade (GENEAU *et al.*, 2011).

Em 18 de agosto de 2011, o MS lançou o Plano de Ações para Enfrentamento das

DNCT (2011-2022). O conjunto de medidas propostas tem como objetivo reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. Sobre o câncer, o Plano declarou a existência de intervenções em todas as abordagens de prevenção e controle: prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2011).

No ano seguinte, foi assinada a carta de Havana, fortalecendo a cooperação internacional estruturante em saúde firmada entre Brasil e Cuba. Em novembro, foi lançado o Projeto Conquista com uma participação muito efetiva do Inca. O estado da Bahia e o município de Vitória da Conquista demonstraram interesse na cooperação bilateral, assinando a Carta de Intenção, e a Fesf-SUS foi além, criando o cargo de coordenação, para viabilizar o Projeto.

Não obstante, ao protelar as deliberações sobre a aprovação, o financiamento e a definição de responsabilidades entre as instituições envolvidas no Projeto Conquista, perdeu-se uma oportunidade valiosa.

CONCLUSÃO

Após as pesquisas realizadas e feitas as análises apresentadas, no curso deste trabalho, pôde-se constatar a existência de duas fissuras no Projeto Conquista, que foram determinantes para a sua não execução.

A primeira sinaliza para a pouca importância dispensada à avaliação, na fase de elaboração do projeto, quanto à viabilidade de execução do que fora proposto; a segunda se revelou na escolha por postergar decisões indispensáveis à implementação das estratégias e ações apresentadas na proposta técnica.

Sem uma eficiente avaliação ex-ante, não foram validamente examinados o diagnóstico e as propostas assinaladas no Projeto, entendendo que a incompletude e a insuficiência do diagnóstico influíram, de forma direta, na escolha das estratégias de intervenção.

Uma análise contextual prévia, caracterizada pela pouca abrangência com relação à AB, principal instrumento para sua implementação, tornou a estratégia e as ações inicialmente programadas insuficientes para alcançar os fins elencados. Somou-se a isso a inexistência de previsão de custos e recursos necessários, impossibilitando o exame de viabilidade das propostas.

Conforme disposto no Projeto, as pactuações sobre as redes de pedidos e compromissos para definir as responsabilidades das instituições envolvidas ficaram relegadas a um momento futuro. Esse postergar de decisões, como foi assinalado, gerou uma proposta técnica lacunosa. Não houve previsão de orçamento nem de fontes de financiamento, sequer foi possível assegurar a aprovação interinstitucional do Projeto. Todas essas deliberações,

indispensáveis à implementação do que foi proposto, ficaram para uma segunda fase, fase esta que não se completou.

Em um exercício de contribuição ao debate, recomenda-se que, no futuro, seja dada maior atenção à avaliação em todo o ciclo de vida do projeto, por entender a importância do processo para a realização do compromisso com a dimensão ética da Administração Pública, aquela que é a norteadora de toda a gestão do processo de elaboração, implementação e avaliação dos projetos, definindo seus meios e objetivos, mantendo aceso o alerta de que a atuação na esfera pública impõe um comprometimento com a efetividade.

Por fim, é oportuno ressaltar que, sendo a neoplasia a terceira causa de mortalidade no município de Vitória da Conquista (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012), a inexecução dessa proposta de reorganização do papel da AB no controle do câncer e no cuidado das pessoas com câncer resultou na perda de uma oportunidade valiosa de gerar um impacto social significativo, sem contar na possibilidade de fazer com que o Projeto Conquista fosse um exemplo no Brasil, de caminho exitoso na busca de resolutividade para o câncer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. *et al.* A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. RECIIS – R. *Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696>>. Acesso em: 1 out. 2015.

BAHIA. Diretoria de Atenção Básica. Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM). *Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família*. Salvador: SESAB, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Fundação Estadual de Saúde da Família (FESF/SUS). *Ato administrativo nº 0214*. Salvador, 21 de junho de 2013b. Disponível em: <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/Ato-Administrativo-n%C2%BA-0214-Cria-e-regula-Projeto-Conquista.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Lei Complementar nº 29/07, de 21 de dezembro de 2007. Estabelece critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais, define a área de sua atuação, na forma do art. 17 da Constituição do Estado da Bahia, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, BA, 2007. Disponível em: <<http://dovirtual.ba.gov.br/egba/reader2/>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Ministério das Relações Exteriores. *Declaração Conjunta do Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e do Ministério da Saúde Pública da República de Cuba sobre Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde*. 2012. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/component/tags/tag/171-cuba>>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. Ministério das Relações Exteriores. *Protocolo de Cooperação em Saúde entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde Pública da República de Cuba na Área da Saúde*. Brasília, DF: Ministério das Relações de Exteriores, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de ação estratégica para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2015.

_____. Presidência da República. Decreto nº 46, de 1º de março de 1991. Promulga o Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0046.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

CAMPOS, A. E. M.; ABEGÃO, L. H.; DELAMARO, M. C. *O planejamento de projetos sociais: dicas, técnicas e metodologias*. Rio de Janeiro: COEP, 2002. (Caderno da Oficina Social, 9). Disponível em: <http://www.coepbrasil.org.br/portal/publico/apresentarConteudoMestre.aspx?TIPO_ID=1>. Acesso em: 10 jan. 2016.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CUBA. Ministério da Saúde Pública. Sección Independiente de Control del Cáncer. *Eventos - Convención Internacional de Salud Cuba Salud: “Simposio de Control del Cáncer”*. 2012. Disponível em: <<http://instituciones.sld.cu/sicc/>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

GENEAU, R. *et al.* Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9775, p. 23-29, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/47531330.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Cooperação internacional: cooperação Brasil-Cuba*. 23 jan. 2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/projeto_conquista_cidade_baiana_testa_nova_abordagem_do_cancer_na_atencao_basica>. Acesso em: 5 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Resolução n° 265, de 13 de maio de 2010*. Prevenção e controles das enfermidades não transmissíveis. Disponível em: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/265>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

PÉREZ, T. R. *Brasil e Cuba: união de esforços no controle do câncer*. Depoimento [julho, 2012]. Rio de Janeiro: Rede Câncer, n° 18. Entrevista concedida a Simone Beja. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5b98bco04eb6940a8b2b9bf1fae00ee/09_entrevista.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 15 mar. 2015.

PINO, B. A. Evolução histórica da cooperação sul-sul (CSS). In: SOUZA, A. M. (Org.). *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília, DF: Ipea, 2014. p. 57-86.

SANTOS, A. M. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. 2013. 334 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, M. R. Gestão administrativa e financeira de projetos sociais. In: ÁVILA, C. M. (Org.). *Gestão de projetos sociais*. 3. ed. rev. São Paulo: Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.

VITÓRIA DA CONQUISTA. *Projeto Conquista: Projeto interdisciplinar e social de cuidado e controle do câncer a partir da atenção básica*. Vitória da Conquista: SMS, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Conquista: representante de Cuba entrega carta de intenção ao Governo Municipal*. Vitória da Conquista: SMS, 2013a. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-representante-de-cuba-entrega-carta-de-intencao-ao-governo-municipal/>>. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Vitória da Conquista e Cuba assinam Carta de Intenção do Projeto Conquista*. Vitória da Conquista: SMS, 2013b. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/vitoria-da-conquista-e-cuba-assinam-carta-de-intencao-do-projeto-conquista/>>. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Comissão de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família. *Ofício n.º 004/2015*. Vitória da Conquista: SMS, 2015.

Esse livro foi composto em Rosarivo regular corpo 10,5
e impresso pela Grafitto Gráfica e Editora LTDA. sobre
papel couché matte LD 90 g/m², com tiragem de 1.000 exemplares,
em maio de 2017

Depois da irracionalidade dos regimes autoritários que se desenvolveram na Europa na primeira metade do século XX, os Estados de pós-guerra, mediante a institucionalização cada vez mais abrangente de direitos fundamentais, fixaram-se no objetivo de fornecer aos cidadãos todas as condições para o pleno desenvolvimento de sua personalidade. Essa era a fórmula para conter, no futuro, qualquer tentativa de retrocesso e de retorno da barbárie. A elevação da pessoa humana, como centro de toda a estrutura jurídica do Estado, não se efetiva, porém, apenas com a proteção de sua dignidade, tal como está, expressamente, consignado no art. 1º da Constituição da Alemanha de 1949, senão também com a proteção de sua inviolabilidade física e mental e com a instituição de direitos sociais que lhe possam assegurar uma vida sem sofrimentos. A preservação dessas condições materiais, que dizem respeito à própria existência da pessoa e ao fortalecimento de sua cidadania, é essencial para a construção de um regime democrático. Outro não foi, inclusive, o propósito do constituinte brasileiro ao incluir no art. 6º da Constituição da República, como direitos sociais, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a Previdência Social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Neste momento de crise, em que os fundamentos dos direitos sociais correm sério risco de perecimento e retrocesso, a edição deste livro é da mais alta relevância. Os dezenove artigos, aqui contidos, relacionados com os mais diversos enfoques de proteção da saúde, como direito humano fundamental, trabalham o tema sob uma perspectiva muito significativa. Essa é uma exigência de ordem constitucional, como expressão de um regime democrático, no qual se pressupõe a edificação de uma sociedade justa e solidária. Pela leitura dos trabalhos, faz-se sentir que a preservação da dignidade humana, como condição da cidadania, não pode estar desvinculada de um empreendimento constante de combate à fome.

Juarez Tavares

Professor titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

