

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO - PROPEX
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – UNACSA
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU**

**REGINALDO DE SOUZA VIEIRA
LUCIANE BISOGNIN CERETTA
PRISCYLA WALESKA TARGINO DE AZEVEDO SIMÕES
IVANIR PRÁ DA SILVA THOMÉ**

ORGANIZADORES

**COLETÂNEA DE DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE COLETIVA
VOLUME 1**

2014

EXPEDIENTE

Reitor

Prof. Dr. Gildo Volpato

Pró-Reitora de Ensino de Graduação

Profa. MSc. Robinalva Borges Ferreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Pró-Reitora de Administração e Finanças

Profa. MSc. Kátia Aurora Dalla Líbera Sorato

Diretor da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas

Prof. MSc. Daniel Ribeiro Preve

Coordenadora de Pós-Graduação e Pesquisa da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Rafael Rodrigo Mueller

Coordenadora de Extensão da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

Profa. MSc. Milla Lúcia Ferreira Guimarães

Coordenador de Ensino da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

Profa. MSc. Maria Aparecida da Silva Mello

Diretora da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

Profa. MSc. Indianara Reynaud Toreti Becker

Coordenadora de Pós-Graduação e Pesquisa da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

Profa. Dra. Vanessa Moraes de Andrade

Coordenadora de Extensão da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

Profa. Dra. Magada Tessman Schwalm

Coordenador de Ensino da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

Prof. Dr. Willians Cassiano Longen

Coordenação Geral do evento

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Comissão Organizadora do evento

Profa. MSc. Josete Mazon

Franciani Rodrigues

Gabriela Maciel Alves

Mateus Stoffel Machado

Merieli Medeiros Ronsani

Rosana Mengue Maggi

Simoni Leal Justo

Simone Silva de Oliveira

Tamara Simão Bosse

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Prof. MSc. Jacks Soratto

Profa. Dra. Magada Tessman Schwalm

Profa. MSc. Ivanir Pra Da Silva Thomé

Profa. MSc. Neiva Junkes Hoepers

Profa. MSc. Iona Vieira Bez Birolo

Profa. MSc. Valdemira Santana Dagostin

Profa. Dra. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Mestrando Cláudio Alex Sipriano

Enfermeira Especializanda Roseli Schminski Vieira

Fisioterapeuta Especializando André Luiz Rossa

Profa. MSc. Indianara Reynaud Toreti Becker

Prof. MSc. Janete Trichês
Prof. MSc. Ismael Francisco de Souza
Acadêmico Felipe Ghedin da Silva
Acadêmico Maicon de Farias Valsechi
Acadêmica Juliana Paganini
Acadêmico Diogo Lentz Meller
Acadêmica Patrícia Simão
Acadêmica Evelyn Cruz Monego
Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva – LADSSC
Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito – NUPED
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde (NEPIEES)
UNASAU
Curso de Enfermagem

Comissão Científica do evento

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
Profa. Dra. Luciane Bisogni Ceretta
Profa. Dra. Janine Moreira – PPGE - UNESC
Profa. Dra. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt
Prof. MSc. Jacks Soratto
Profa. MSc. Iona Vieira Bez Birolo
Profa. Dra. Magada Tessman Schwalm
Profa. MSc. Indianara Reynaud Toretí Becker
Prof. MSc. Francisco Pizzete Nunes

Apoiadores do evento

Centro Acadêmico de Direito
Diretório Central dos Estudantes da UNESC
Curso de Direito da UNESC
PROPEX - UNESC
PPGCSA
Centro Acadêmico de Enfermagem
UNACSA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C694 Coletânea de direito sanitário e saúde coletiva, volume 1
[recurso eletrônico] / organizadores: Reginaldo de Souza
Vieira ...[et al.]. – Criciúma, SC : UNESC, 2014.
667 p. : il. : 22 cm

Modo de acesso: <<http://repositorio.unesc.net>>
Vários colaboradores.
ISBN: 9788584100071

1. Saúde pública. 2. Direito à saúde. 3. Política de
saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Serviços de
saúde pública. I. Título.

CDD. 22ª ed. 262.1026

Bibliotecária Rosângela Westrupp – CRB 0364/14ª
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

APRESENTAÇÃO

O Volume 1 da Coletânea de Direito Sanitário e Saúde Coletiva abrange os trabalhos apresentados no I Seminário Sul Brasileiro de Direito Sanitário e Saúde Coletiva, que ocorreu no período de 17 e 18 de outubro de 2011, na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), em Criciúma-SC.

O tema central do evento foi: “SUS: uma política pública de Estado” analisado por meio de conferências e exposição de trabalhos acadêmicos distribuídos em diversos eixos temáticos com a colaboração de uma rede de pesquisadores de diversas universidades do Sul do País. O evento teve como subtemas: Políticas públicas em saúde; o Controle social em saúde e SUS 23 anos: os desafios da integralidade.

A temática do fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde é atual. Ela se insere na necessária reflexão de se garantir o direito à saúde inserido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Para tanto, faz-se necessário uma produção acadêmica e uma prática interdisciplinar, aliando os conhecimentos produzidos na área da saúde e do Direito e das áreas correlatas.

Neste sentido, o reconhecimento do Sistema Único de Saúde como uma política pública de Estado cumpre o papel do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, das práticas sociais amparadas na democracia participativa e da importância nuclear dos direitos humanos como paradigma norteador da construção e efetivação das políticas públicas do Estado brasileiro.

São essas reflexões que nortearam o evento e os artigos apresentados no Volume 1 da Coletânea de Direito Sanitário e Saúde Coletiva, tendo por referência os seguintes eixos: Estado, políticas públicas e direito à saúde; Educação e saúde; Integralidade na atenção à saúde; Políticas Públicas em Saúde Coletiva e Democracia e participação popular em saúde.

O I Seminário Sul Brasileiro de Direito Sanitário e Saúde Coletiva, buscou, acima de tudo, ser espaço de intercâmbio acadêmico e prática social, com a construção de redes de pesquisa, docentes e discentes. O evento foi organizado pelas seguintes entidades: Laboratório em Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC), Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED), Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde (NEPIEES),

Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde (UNESC) e Curso de Enfermagem (UNESC).

A participação foi aberta a todas as pessoas interessadas nos temas, com ênfase especial à participação de pesquisadores, estudantes universitários, gestores de políticas públicas e representantes de movimentos sociais.

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta
Coordenação geral do evento

SUMÁRIO

A criança e o adolescente no Brasil: uma análise da saúde como um direito fundamental.....	10
<i>Juliana Paganini</i>	
A experiência da Residência Multiprofissional em saúde da família da Universidade do Extremo Sul Catarinense.....	24
<i>Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon Bitencourt, Josete Mazon, Graziela Amboni, Renan Antônio Ceretta</i>	
A identificação da situação da violência urbana de um bairro de Criciúma a partir do Programa de Educação para o Trabalho (PET Saúde).....	36
<i>Márgada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Vânia Kátia Menegalli Mojeen, Ana Lucia Camargo Fagundes, Ana Regina da Silva Losso, Leticia Vieira de Oliveira Rodrigues, Diogo Copetti</i>	
A integralidade da atenção e do cuidado em saúde no currículo do curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC	48
<i>Luciane Bisognin Ceretta, Márgada Tessmann Schwalm, Neiva Junkes Hoepers, Valdemira Dagostim, Karina Gulbis Zimmermann</i>	
A Percepção do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família Acerca da Depressão Puerperal.....	70
<i>Sandra Dominguni Darolt, Simoni Leal Justo, Ioná Vieira Bez Birolo, Luciane Bisognin Ceretta, Ida M. Stophel Machado, Karina C. Gulbis Zimmermann</i>	
A política nacional de promoção da saúde e seu paradigma na enfermagem	90
<i>Priscila Rosa Maceno, Michelle Durand, Ivonete T. S. Buss Heidemann, Karine Patricia Stulp, Ana Izabel Jatobá de Souza</i>	
A utilização pelos conselhos municipais de saúde da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) dos instrumentos do governo eletrônico e da democracia eletrônica	102
<i>Felipe Ghedin da Silva, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
Análise do risco de quedas em idosos de instituição de longa permanência em Criciúma - SC.....	117
<i>Débora Mengue Maggi, Nathiele Plácido Beletini, Bárbara Lucia Pinto Coelho, Lisiane Tuon</i>	
As conferências de saúde no Brasil: a cidadania ativa como condição de possibilidade para a efetivação do direito fundamental à saúde	138
<i>Andressa Fracaro Cavalheiro, Bruna Schindwein Zeni</i>	
Causas de natimortalidade de residentes no município de Criciúma – SC no período de 2006 a 2011	156
<i>Jerusa Manoel Angelica, Josete Mazon</i>	
Controle social: papel dos conselhos populares de saúde do município de Criciúma	175
<i>Ioná Vieira Bez Birolo, Luciane Bisognin Ceretta, Patrícia Araújo Burato Miguel</i>	
Diagnóstico do estado nutricional das crianças de 0 a 10 anos do bairro Santa Bárbara/Criciúma/SC – ações do Pet-Saúde Criciúma linha 05.....	195
<i>Luana Moraes, Paula Rosane Vieira Guimarães, Rita Suselaine Vieira Ribeiro, Luciane Ceretta, Marco Antonio da Silva</i>	
Diagnóstico de vida e saúde da comunidade do bairro Brasília: o olhar dos profissionais de saúde e da comunidade sobre o processo saúde doença	206
<i>Gladys Moraes de Carvalho, Luciane Bisognin Ceretta, Mariana Bitencourt, Otaviana Martinelo, Renan Antônio Ceretta</i>	
Diagnóstico de vida e saúde da comunidade vila belmiro: o olhar dos professores e diretores de escolas	220
<i>Márgada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Renan Antônio Ceretta, Hugo Schwalm</i>	

Direito fundamental à saúde do trabalhador: compreensão das políticas públicas existentes a partir da percepção dos conselheiros e resoluções do conselho municipal de saúde de Criciúma ocorridas entre 2001-2008	232
<i>Daiane Tibola, Júlio César Zavadil, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
Direito sanitário: construindo um diálogo interdisciplinar entre as ciências sociais e biológicas	251
<i>Francisco Pizzette Nunes</i>	
Educação permanente em saúde: a roda de discussão na Estratégia da Saúde da Família - ESF	273
<i>Claudio Alex de Souza Sipriano</i>	
Enfermagem no Presídio: ensino, pesquisa e extensão na formação do enfermeiro	290
<i>Mágada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Suzane Raquel Périco, José Otávio Feltrin, Iona Vieira Bez Birolo</i>	
A estratégia saúde da família e a dicotomia política de estado e política de governo: a busca pela efetivação do direito à saúde no Brasil	299
<i>Andressa Fracaro Cavalheiro</i>	
Estudo da demanda de um pronto atendimento 24 horas do extremo sul de Santa Catarina.....	317
<i>Mágada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Cristiane Botelho, Leticia Vieira de Oliveira Rodrigues, Keli Cristina Ferreira</i>	
Estudo da prevalência do uso de substância psicoativas entre homens na região de Criciúma	325
<i>Vânia Kátia Menegalli Mojeen, Ketrin Cancelier Fachin, Mágada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Ana Lucia Camargo Fagundes, Ana Regina da Silva Losso</i>	
Fortalecimento das ações de prevenção e promoção a saúde a partir das ações do PET Saúde – linha de pesquisa 05 com crianças de 0 a 10 anos do bairro Vila Belmiro/Jardim União – Criciúma/SC	333
<i>Nádia Webber Dimer, Janice Tramontin, Juliana Patricia Santos de Oliveira, Andréia Sharon Salomão Netto, Marco Antonio da Silva</i>	
Fraternidade e direito à saúde: o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para a efetivação material do princípio da dignidade humana	348
<i>Sheila Martignago Saleh</i>	
Notas sobre o direito à saúde do idoso	369
<i>Mônia Jakeline da Silva Scarsanella Gava, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O acolhimento e o vínculo como instrumentos para a integralidade do cuidado em saúde na perspectiva de um grupo de diabéticos	382
<i>Luciane Bisognin Ceretta, Mágada Tessmann Schwalm, Karina Gulbis Zimmermann, Cerinéia de Macedo, Lisiane Tuon Bitencourt</i>	
O fornecimento do protetor solar como política pública de saúde na prevenção ao câncer de pele.....	393
<i>Angélica Cristina Castelli Rosso, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O fornecimento gratuito de medicamentos pelo estado: um estudo do direito fundamental a saúde, pela análise da ação civil pública que pleiteia análogos de insulina X ações individuais que requerem o mesmo medicamento	412
<i>Fernando Augusto do Livramento, Sheila Martignago Saleh</i>	
O papel do Ministério Público na efetivação do direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	431
<i>Tailine Fátima Hijaz, Henrique Furlanetto V. Miranda, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O princípio da prioridade absoluta e o direito à saúde de crianças e adolescentes	451
<i>Patrícia Schardosim Simão</i>	
O uso de agrotóxicos: a necessidades de novas abordagens para a Saúde Pública	461
<i>Isabel Vieira Martins, Josete Mazon, Mágada Tessman Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta</i>	

Os desafios do cuidado de enfermagem no atendimento do idoso em urgência e emergência.....	471
<i>Monica Wusnieski Bif, Maria Salete Salvaro, Mágada Tessmann Schwalm, Karina Cardoso Gullis Zimermann</i>	
Pet Saúde: quem são os portadores de doenças crônicas?	485
<i>Iona Vieira Bez Birolo, Renan Antonio Ceretta, Francielle Lazarin Gava, Paulo Rogério Hansen, Rosane Antonia Trevisol, Cristiane Santos da Rosa, Mariana Bittencourt de Oliveira, Tatiane Della Vechia, Leida Dimer Fernandes, Ana Paula Magagnin, Morgana Votre Neotti</i>	
O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica da Saúde	495
<i>Roseli Schminski Vieira, Reginaldo de Souza Vieira, Ivanir Prá da Silva</i>	
Postura do enfermeiro diante dos conflitos da equipe.....	516
<i>Mariana Lopes Serafim, Ivanir Prá da Silva Thomé, Valdemira Santana Dagostim, Luciane Bisognin Ceretta, Neiva Junkes Hoepers</i>	
Programa de educação pelo trabalho na saúde: tecnologias para a integralidade do cuidado na estratégia saúde da família.....	527
<i>Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon Bitencourt, Mágada T. Schwalm, Kelly Cristina Ferreira, Renan Antônio Ceretta</i>	
Proposta de inserção da Fitoterapia na Atenção Básica	536
<i>Solyani Grassi Maravai, Dyeison Bernardo Matias, Luciane Bisognin Ceretta, Angela Erna Rossato, Indianara Reynaud Toret Becker</i>	
Relações humanas na adolescência: a importância da família e da escola na construção da sexualidade responsável	549
<i>Ivanir Prá da Silva Thomé, Pedro Rosso, Michele Felix do Nascimento, Cristiane Pazetto, Camila Dagostin Lemos</i>	
Relato de experiência da utilização do projeto terapêutico singular – PTS, na Estratégia Saúde da Família	565
<i>Claudio Alex de Souza Sipriano, Daniela de Assunção, Ioná Vieira Bez Birolo, Muriel Demétrio Bez Birolo Ronchi</i>	
Relato de experiência do processo de educação permanente em saúde a partir do projeto tecnologias de planejamento participativo em saúde para a região carbonífera de Santa Catarina	582
<i>Renan Antônio Ceretta, Gladys Moraes de Carvalho, Ivanir Prá da Silva Thomé, José Otávio Feltrin, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
Reorganização do cadastramento e acompanhamento dos usuários do Hiperdia: relato de experiência de uma unidade de saúde.....	595
<i>Gustavo de Oliveira, Larissa de Oliveira, Sabrina Teodosio Silva, Gabriela Maciel Alves, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
Saúde mental: perspectiva de vida da mulher presidiária	609
<i>Karina Catarina Jaques Machado, Izabel Scarabelot Medeiro, Mágada Tessmann Schwalm, Sonia Maria Correa</i>	
Saúde suplementar e a recusa de cobertura dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência ou emergência: breve estudo à luz da jurisprudência do STJ	627
<i>Tailine Fátima Hijaz, Henrique Furlanetto V. Miranda, Danielle Daminelli Zanatta, Maria Anselma Mariott Colombo</i>	
Segurança alimentar e nutricional e prevalência de obesidade infantil no contexto da educação para o trabalho, Criciúma, SC.....	643
<i>Sinita Trespach, Paula Rosane Vieira Guimarães, Marco Antonio Silva, Luciane Bisognin Ceretta, Daniela Fabretti</i>	
Vivência de mulheres reclusas.....	656
<i>Iona Vieira Bez Birolo, Vera Radünz, Simoni Leal Justo, Sandra Domingui Daroldt</i>	

A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL

Juliana Paganini

Acadêmica do Curso de Direito da UNESC, integrante do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito. (NUPED/UNESC). Endereço eletrônico: julianaapaganini@hotmail.com.

RESUMO

O artigo trata do conceito de criança e adolescente, tendo como marco a Constituição da República Federativa do Brasil, bem como a Lei n. 8.069 denominado Estatuto da Criança e do Adolescente. Descreve os direitos fundamentais como mecanismos para o pleno desenvolvimento de meninas e meninos. Aborda o direito a saúde como um direito fundamental da criança e do adolescente, destacando a importância de sua aplicação junto a norma, na proteção contra a violação dos direitos de meninas e meninos. O método de abordagem é o dedutivo. A técnica de procedimento é o monográfico. Com tal trabalho conseguiu-se auferir o resultado de que para assegurar a efetivação do direito fundamental a saúde da criança e do adolescente, deve existir a participação ativa da família, sociedade e Estado.

Palavras-chave: Adolescente; Criança; Saúde.

ABSTRACT

The article deals with the concept of children and adolescents, with the March Constitution of the Federative Republic of Brazil and the Law 8069 called the Child and Adolescent. Describes the fundamental rights as mechanisms for the full development of girls and boys. It addresses the right to health as a fundamental right of children and adolescents, highlighting the importance of its application with the standard, to protect against violations of the rights of girls and boys. The method of approach is deductive. The technical procedure is the monograph. With this study managed to obtain the result that to ensure the realization of the fundamental right to health of children and adolescents, it must be active participation of the family, society and state.

Keywords: Adolescent; Child; Health.

INTRODUÇÃO

O artigo abordará o conceito de criança e adolescente visando auxiliar na compreensão de que a infância e adolescência é uma fase de desenvolvimento que tanto deve ser desfrutada por todas as crianças e adolescentes quanto respeitada por todos.

Posteriormente descreve os direitos fundamentais de meninas e meninos à fim de se oferecer mudanças significativas para que se possa produzir uma nova cultura de proteção aos direitos humanos no Brasil.

Por fim, observa a saúde da criança e do adolescente como um direito fundamental, destacando que sua real efetivação pode fazer com que se possa evitar muitas consequências danosas para a vida de meninas e meninos.

DESENVOLVIMENTO

1. O conceito jurídico de criança e adolescente.

Conforme artigo 2º da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, denominado Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990).

Logo, é nessa etapa que as crianças realizam suas fantasias, brincadeiras, aprendizados e os adolescentes suas descobertas e suas potencialidades ambos desfrutando de seus direitos pela condição de cidadão.

Para Veronese, cidadão é, por definição,

todo aquele que tem seus direitos fundamentais protegidos e aplicados, ou seja, aquele que tem condições de atender a todas as suas necessidades básicas, sem as quais seria impossível viver, desenvolver-se e atualizar suas potencialidades enquanto ser humano, isto posto, pode-se dizer que cidadão é quem tem plenas condições de manter a sua própria dignidade.(1997, p.131).

Por esse motivo tanto a criança quanto o adolescente devem ser respeitados e, ainda considerados sujeitos de direitos, detentores de sua própria história, jamais sendo inferiorizados perante os adultos e conseqüentemente desrespeitados por sua condição.

Por conseguinte, a Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente considera criança todo ser humano menor de 18 anos de idade, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo, (Art. 1º) (ONU, 2010), ou seja, tal documento não utiliza o termo adolescente mas tão somente criança com até 18 anos de idade incompletos e adulto aquele que tiver idade superior a esta.

Com base no acima referendado, que se rompe com o modelo menorista, onde a criança e o adolescente eram considerados meros objetos, sendo utilizados enquanto durassem suas curtas vidas.

Ramos explica que

na Idade Média, entre os portugueses e outros povos da Europa, a mortalidade infantil era assustadora, verificando-se que a expectativa de vida das crianças rondava os 14 anos, fazendo com que estas fossem consideradas na época como animais, cuja força de trabalho deveria ser aproveitada enquanto durassem suas vidas. (1999, p.20).

Dessa maneira, a partir do momento que se estabelece quem se pode considerar criança e adolescente, há a presença de uma avalanche de direitos. Pois além de meninas e meninos já possuírem àqueles destinados aos adultos, abre-se um leque de direitos reservados a eles próprios devido sua condição de pessoa em fase de desenvolvimento.

A importância de se estabelecer a idade para a criança e para o adolescente, encontra-se diretamente vinculada às violações de direitos ocorridas desde as invasões portuguesas até a contemporaneidade, onde o adulto por se considerar superior a tudo e a todos, acaba por vezes transgredindo os direitos da criança e do adolescente, usurpando sua fase de desenvolvimento.

Uma das práticas mais comuns em acontecer tais violações diz respeito ao trabalho infantil, em que não há a observância nenhuma das normas que definem a idade para se ingressar com tal atividade, e conseqüentemente muitas crianças e adolescentes acabam sendo desrespeitados.

Então

não podemos mais achar que essa é uma situação “normal”. Meninos e meninas submetidos a qualquer trabalho estão sendo privados de um direito fundamental: o direito de ser criança. O direito de correr, pular, brincar de boneca, soltar pipa, jogar futebol, nadar. O direito de viver experiências lúdicas, tão importantes no processo do desenvolvimento físico, mental, social e emocional (GOMES, 2005, p.92).

Apesar de o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente definir o que vem a ser criança e adolescente, muitas práticas cruéis continuam sendo realizadas, como foi exemplificado acima, porém a legislação por si só não é capaz de concretizar direitos. Devido a isso, que se faz necessário a participação de toda a sociedade na luta e fiscalização dos direitos de meninas e meninos para que se possam evitar tais violações.

Demo sintetiza que é preciso entender que “participação que dá certo, traz problemas. Pois este é seu sentido. Não se ocupa espaço de poder, sem tirá-lo de alguém. O que acarreta riscos, próprios do negócio” (2001, p.02).

Ora, é muito cômodo que a sociedade se cale perante as agressões de direitos inclusive constitucionais, do que sua presença ativa na vida política do Estado, pois participando, as pessoas acabarão descobrindo que elas mesmas acabam violando os direitos das crianças e dos adolescentes.

Assim, após definir-se o que vem a ser criança e adolescente, passa-se a análise de seus direitos fundamentais, ou seja, daqueles direitos inseridos na Constituição da República Federativa do Brasil.

2. Os direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, trouxe uma série de direitos fundamentais a crianças e adolescentes até então não instituídos, tratando em seu artigo 227 que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2010).

Desse modo, por tratar-se de direitos fundamentais e estarem contidos na Constituição da República Federativa do Brasil, não podem ser suprimidos do ordenamento.

Ora, num Estado Democrático de Direito, onde prevalece a democracia,

é precisamente a anexação de uma cláusula pétrea a um dado direito subjetivo o que melhor certifica a sua fundamentalidade, porque assim, ao declará-lo intocável e pondo-o a salvo inclusive de ocasionais maiorias parlamentares, que o poder constituinte originário o reconhece como um

bem sem o qual não é possível viver em hipótese alguma (MARTINS NETO, 2003, p.88).

Sendo os direitos fundamentais algo presente na Constituição da República Federativa do Brasil, nada mais sensato que estes sejam protegidos de qualquer possível abalo jurídico, possibilitando o reconhecimento da condição de cidadão.

Logo, é cabível afirmar que sem os direitos fundamentais, ou na eventualidade de sua supressão, “ a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive” (SILVA, 2008, p. 163).

É nesse sentido que o Estatuto da Criança e do Adolescente, tratou de implantar medidas protetivas, e fortalecer direitos fundamentais de crianças e adolescentes já mencionados na Constituição da República Federativa do Brasil, visando superar a cultura menorista e concretizar os princípios e diretrizes da teoria da proteção integral (CUSTÓDIO, 2009, p. 43).

Como modo de garantir o direito fundamental a saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil reconheceu em seu artigo 7º, IV e XXII tal direito, como mecanismo de melhoria das condições sociais, atribuindo em seu artigo 30 o dever do Estado através dos municípios garantir os serviços necessários ao atendimento integral de toda população (BRASIL, 2010).

Logo, é através da participação ativa do poder público em conjunto com a própria comunidade que se atingirá com maior efetividade os serviços prestados em relação a saúde do ser humano, entretanto, se faz de extrema importância que o cidadão tenha a consciência que tal ato não trata-se de mera bondade do Estado, mas um dever que deve ser exigido por toda a sociedade.

Conforme artigo 194 da Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde constitui-se uma das metas da seguridade social, garantindo-se efetivamente com a criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

O Sistema Único de Saúde é

um sistema público nacional, baseado no princípio da universalidade, a indicar que a assistência à saúde deve atender a toda população. Tem como diretrizes organizativas a descentralização, com comando único em cada esfera governamental; a integridade do atendimento e a participação da comunidade (FIGUEIREDO, 2007, p.97).

Nesse contexto, o Estatuto da Criança e do Adolescente enfatiza em seu artigo 11 o atendimento integral a saúde de toda criança e adolescente por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Inclusive em relação a gestante, o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece em seu artigo 8º, a proteção à criança desde a concepção, onde a gestante tem a garantia de através do Sistema Único de Saúde obter efetivo atendimento.

O artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente indica que a criança e o adolescente têm direito a saúde, sendo que o poder público o deve concretizar mediante elaboração de políticas sociais que permitam o real desenvolvimento sadio de meninos e meninas (BRASIL, 1990).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente editou a resolução 41 em 13 de outubro 1995 estabelecendo vinte direitos de crianças e adolescentes hospitalizados, como modo de garantir o respeito a seus direitos fundamentais (BRASIL, 2010-F).

Enfim, toda criança e adolescente tem direito a saúde, onde através do princípio da tríplice responsabilidade compartilhada, deve o Estado, família e sociedade garantir de modo efetivo o atendimento.

Contudo, conforme artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os profissionais da rede de atenção à saúde têm a obrigação de comunicar ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, e providenciar o encaminhamento para serviços especializados (BRASIL, 1990).

Toda criança e adolescente conforme artigo 15 do mesmo Estatuto, possui direito à liberdade, respeito e dignidade, onde o artigo 16 trata de estabelecer quais aspectos que compreendem tal liberdade, a fim de assegurar sua inviolabilidade (BRASIL, 1990).

O direito ao respeito consiste na garantia da integridade física, psicológica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, identidade, autonomia, valores, ideias, crenças, espaços e objetos pessoais (Artigo 17) (BRASIL, 1990).

Ora, sendo a criança e o adolescente sujeitos de sua própria história em processo de desenvolvimento, é de uma importância sem tamanho a efetiva

aplicação de tais direitos como modo de fortalecer sua condição de cidadão na sociedade.

A dignidade humana possui força constitucional pois trata-se como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil onde atualmente

não mais se concebe o Estado de Direito como uma construção formal: é preciso que o Estado respeite a dignidade humana e os direitos fundamentais para que se possa ser considerado um Estado de Direito material. O Estado de Direito legitima-se pela subordinação à lei e, ao mesmo tempo, a determinados valores fundamentais, consubstanciados na dignidade humana (COSTA, 2008, p.37).

A convivência familiar e comunitária é de um direito reservado a toda criança e adolescente de ser criado e educado no seio de sua família original, e excepcionalmente se necessário, em família substituta, conforme artigo 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Essa ideia segundo Custódio, (2009, p. 90) rompe com antigos paradigmas existentes onde eram legitimadas práticas repressivas, nas quais as crianças eram retiradas de suas famílias e colocadas à disposição de instituições oficiais com características assistenciais e de caridade.

Logo, ocorrendo violações de direitos da criança e adolescente mencionadas na lei 8069/90, esta deve ser afastada de sua família, porém existem outros fatores que dificultam a permanência de meninos e meninas em casa, tais como

A inexistência das políticas públicas, a falta de suporte à família no cuidado junto aos filhos, as dificuldades de gerara renda e de inserção no mercado de trabalho, a insuficiência de creches, escolas públicas de qualidade em horário integral, com que os pais possam contar enquanto trabalham (RIZZINI, 2007, p. 23).

Caso haja algum abalo na família, seja financeiro, seja psicológico, esta não pode mais ser rotulada de desestruturada e o próprio Estatuto garante que as crianças não devem por esse motivo ser colocadas em instituições ou famílias substitutas, já que cabe ao poder público garantir reais subsídios para que possam se manter.

Sendo assim

[...] quando uma família não tiver condições de garantir os recursos materiais necessários e suficientes para a proteção de seus filhos, não serão estes duplamente penalizados com a retirada de sua família, pois aqui surge a responsabilidade subsidiária do poder público em garantir os

recursos necessários para que crianças e adolescentes possam viver junto às suas famílias em condições dignas (CUSTÓDIO, 2009, p.51).

O próprio artigo 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que a falta ou carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar.

Toda criança e adolescente possui direito a educação, esporte, cultura e lazer, cabendo a família, sociedade e Estado garantir sua real efetivação.

A própria Constituição da República Federativa do Brasil em seu artigo 205 estabelece que a educação é um direito de todos e dever do estado e da família junto com a sociedade visando promover o pleno desenvolvimento da pessoa para o exercício da cidadania (BRASIL, 2010).

O artigo 208 também do texto constitucional enfatiza como dever do Estado garantir ensino fundamental obrigatório e gratuito, assegurando inclusive oferta gratuita para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria (BRASIL, 2010).

Desse modo, o Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece que toda criança e adolescente tem direito a igualdade de condições para acesso e permanência na escola, o direito de ser respeitado por seus educadores, de contestar critérios avaliativos, como também de ter acesso a escola pública próxima de sua residência (artigo 53) (BRASIL, 1990).

As crianças e adolescentes com deficiência tem direito a atendimento educacional especializado conforme artigo 54, III do Estatuto da Criança e do Adolescente preferencialmente na rede regular de ensino.

Logo, a educação é um direito assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, como também pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação onde a própria frequência à escola deve ser fiscalizada pelo poder público, família e sociedade.

Contudo, existem programas de combate à infrequência escolar que em conjunto com as escolas, Conselho Tutelar, Ministério Público e sistema de justiça garantem a frequência plena e integral de todas as crianças e adolescentes à escola (CUSTÓDIO, 2009, p.55).

É necessário além de tudo, que o poder público garanta um ensino de qualidade, comprometido com a realidade social de crianças e adolescentes, para

que haja interesse e motivação na descoberta de novos saberes, a própria Constituição da República Federativa induz a isso.

Pois

Até 1988 não havia uma preocupação real em criar mecanismos que fossem eficazes na garantia do direito à educação. Durante muito tempo, a única ação do poder público foi tornar obrigatória a matrícula escolar, como se isso fosse suficiente para garantir a educação (VERONESE; OLIVEIRA, 2008, p.85).

A profissionalização e a proteção ao trabalho precoce, ou seja, abaixo do limite de idade mínima permitido é direito da criança e do adolescente e dever do Estado.

Desse modo, caracteriza-se trabalho infantil todo labor realizado por criança ou adolescente com idades inferiores aos determinados pela legislação (VERONESE; CUSTÓDIO, 2007, p. 125). Assim, define-se criança trabalhadora àquela pessoa submetida à relação de trabalho com até doze anos de idade incompletos e, adolescente trabalhador aquele que envolve atividade laboral com idade entre doze e dezoito anos.

Nesse sentido, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu a proibição do trabalho noturno, perigoso e insalubre antes dos dezoito anos e também estabeleceu o limite de idade mínima para o trabalho em dezesseis anos, ressalvando a possibilidade de aprendizagem à partir dos quatorze anos (Art. 7º, XXXIII CF/88) (BRASIL, 2010).

Da mesma forma estabelece os artigos 402 e 403 da Consolidação das Leis do Trabalho, considerando menor o trabalhador de 14 até dezoito anos, sendo proibido qualquer trabalho a menores de 16 anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos (BRASIL, 2010-D).

Existem inúmeros fatores que conduzem crianças e adolescentes a ingressarem tão cedo no trabalho, dentre eles, Custódio (2009, p. 58) destaca a necessidade econômica, a reprodução cultural e a ausência de políticas públicas.

Encontra-se em vigor e foram ratificadas pelo Brasil duas convenções internacionais sobre trabalho infantil, onde a Convenção 138 estabelece que os países deverão aumentar progressivamente os limites de idade mínima para o trabalho (BRASIL, 2010-C) e a Convenção 182 que trata das piores formas de trabalho infantil recomendando ações urgentes para sua eliminação (BRASIL, 2010-B).

Por fim, resta destacar que crianças e adolescentes possuem todos esses direitos fundamentais assegurados porém, eles por si só não serão efetivados. Logo, se faz necessário a articulação da família, sociedade e Estado para que se possa garantir a todas crianças e adolescentes uma vida digna, algo que deveria ser inerente de todo ser humano.

3. O direito fundamental a saúde da criança e do adolescente

A criança e o adolescente, além dos direitos fundamentais inerentes a qualquer ser humano, têm alguns direitos que lhe são especiais pela sua própria condição de pessoa em desenvolvimento.

Constitui a vida o direito primordial que se projeta como essência para garantia de todos os demais direitos. Mas a vida não pode ser assegurada sem que, à condição vital de cada ser humano, seja garantido o direito à saúde.

Desse modo, na Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança, 1989, cujos princípios estruturadores foram assimilados na Constituição Federal e na Lei no.8069/90, está consignada a exigência de se conceder a máxima prioridade à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990).

Sendo assim, na sua condição de seres humanos, tais meninas e meninos têm direito a todos os direitos humanos assegurados para todas as pessoas e a outros direitos especiais decorrentes da natureza desta fase em que vivem.

Devido as crianças e adolescentes serem pessoas humanas em fase peculiar de crescimento e desenvolvimento, muitas vezes estes não são capazes de exercitarem, em todos os níveis, a defesa de seus próprios direitos, fazendo com isso de primordial relevância a participação da família, sociedade e Estado nessa esfera de atuação.

A prioridade na defesa do direito à saúde deste grupo populacional

não se limita a uma afirmação retórica mas assume, no plano do ordenamento jurídico nacional, a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas além da destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (LIMA, 2011).

Esta prioridade corresponde a uma concepção de que a saúde é um direito humano e sua garantia, juntamente com a de outros direitos desta natureza, se vincula à própria dignidade da pessoa humana.

A defesa do direito à saúde da criança e do adolescente está vinculada à garantia da defesa da sua personalidade, dimensão de onde se projetam diversos direitos-garantias.

A positivação do direito à saúde, consagrada na Constituição Federal no artigo 196 implica em dever do Estado que deverá garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, somente com a assimilação da saúde como direito e não como “necessidade” é possível empenhar esforços para demandar, seja em processo de mobilização, de negociação ou mediante ação judicial, a sua garantia e a sua exequibilidade.

Segundo Lima, a positivação do direito à saúde já é um passo, porém não logra, por si só, a mudança da realidade.

A evolução científico-tecnológica e o desenvolvimento social ainda não foram capazes de assegurar uma condição de vida digna para todas as crianças e todos os adolescentes no Brasil. Ainda são constantes e intensas as discriminações de ordem econômica, social, cultural, étnica, racial, sexual, entre outras, que afetam este segmento populacional. O impacto tanto da pobreza quanto da iniquidade reflete sobre o desenvolvimento da infância-adolescência afetando a sua saúde. A superação do risco de óbitos por mortes evitáveis de crianças implica em um empenho de operadores jurídicos, de conselheiros municipais, de gestores públicos, de cidadãos (2011).

Além disso, a superação de uma concepção reducionista do direito à saúde com ênfase na perspectiva “hospitalocêntrica” ou curativa implica, para os operadores do direito, em um exercício de caráter interdisciplinar, capaz de alcançar o eixo do paradigma da proteção integral (LIMA, 2011).

É nesta vertente que o princípio da integralidade se plasma, igualmente, com aquele previsto no Sistema Único de Saúde (SUS). E assim ocorre porque, além de integral, esta garantia do direito à saúde também deve ser universal e, como tal, extensiva ao segmento mais prioritário: o das crianças e adolescentes.

Desse modo, a família, a sociedade em geral e o Poder Público são corresponsáveis pela tutela deste direito. Para a efetiva operacionalização desta agenda comum há que se fortalecer o processo da democracia participativa através das novas institucionalidades democráticas: os conselhos municipais de direito da criança e do adolescente, os conselhos municipais de saúde, os de serviço social e os de educação. Cada um destes, com os conselhos tutelares no plano da exequibilidade, têm atividades objetivas para garantir de forma articulada o direito à saúde da população infanto-juvenil (LIMA, 2011).

Diante disso, o direito a saúde da criança e do adolescente trata-se

do direito ao desenvolvimento integral do seu ser, sem restrição de qualquer espécie à sua potencialidade, com efetivo acesso a todos os meios, serviços e programas que assegurem e promovam a sua saúde, com respeito e integração do seu acervo étnico, familiar, cívico, cultural no projeto que poderá cultivar para a sua vida pessoal e comunitária, resignificando a sua existência pelo compromisso com as gerações futuras (LIMA, 2011).

Enfim, além da Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece ainda em seu artigo 4º que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Logo, o Brasil encontra um aparato jurídico em relação a proteção da criança e do adolescente, inclusive no que concerne à sua saúde, porém falta a participação da sociedade junto ao Estado para que estes direitos saiam do papel e sejam realmente efetivados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, existe a definição de criança e adolescente através de critérios de idade, onde considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Porém, apesar dessa clara conceituação, a sociedade continua violando os direitos de meninas e meninos que acabam por vezes substituindo suas brincadeiras, pelas responsabilidades do adulto.

Entretanto, isso não ocorre devido à ausência de direitos instituídos, pois a própria Constituição da República Federativa do Brasil estabelece o direito à saúde à liberdade, à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, cultura, esporte e lazer, a profissionalização e proteção ao trabalho, como alguns direitos fundamentais da criança e do adolescente

Além disso, tanto a Constituição Federal quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente garantem que a saúde é um direito de todos, onde a criança e o adolescente tem primazia devido a sua condição de pessoa em desenvolvimento.

Entretanto, apesar disso tudo, na maioria das vezes, estes direitos acabam sendo violados. Assim sendo, para que haja o combate a tais violações, se faz necessário a observância pela família, sociedade e Estado, aos princípios basilares do direito da criança e do adolescente, como modo de lhes proporcionar maior qualidade de vida, melhor dizendo, lhes permitindo desfrutar de sonhos, brincadeiras, fantasias e direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2010.

_____. **Decreto-Lei nº 3.597, de 12 de setembro de 2000**. Dispõe sobre a Convenção 182 e a Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e a Ação Imediata para sua Eliminação Disponível <http://www.institutoamp.com.br/oit182.htm>. Acesso em 10 jul. 2010- B.

_____. **Decreto-Lei nº4.134, de 15 de fevereiro de 2002**.Dispõe sobre a Convenção n ° 138 e a Recomendação n ° 146 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Idade Mínima de Admissão ao Emprego. Disponível <http://www.institutoamp.com.br/oit138.htm> . Acesso em 10 julho 2010- C.

_____. **Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943**. Dispõe sobre a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em 10 julho 2010- D.

_____. **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, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

_____. **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. Dispõe sobre a Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Disponível <http://www.abmp.org.br/textos/4192.htm>. Acesso em 10

julho 2010-F.

COSTA, Helena Regina Lobo da. . **A dignidade humana**: teoria de prevenção geral positiva. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da criança e do adolescente**. Criciúma, SC: UNESC, 2009.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**:noções de política social participativa. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livro do Advogado, 2007.

GOMES, Patrícia Saboya. O combate ao trabalho infantil no Brasil: conquistas e desafios. In: OLIVEIRA, Oris de (Org). **Trabalho infantil e direitos humanos**.São Paulo: LTR, 2005.

LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. **Direito à vida e à saúde**. Disponível em <http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3>. Acesso em 02 out. 2011.

MARTINS NETO, João dos Passos. **Direitos fundamentais** : conceitos, função e tipos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Elementos de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros. 1990.

ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em <http://www.onuportugal.pt>. Acesso em 24 ago 2010.

RAMOS, Fábio Pestana. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: PRIORE, Mary Del (Org). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

RIZZINI, Irene. . **Acolhendo crianças e adolescentes**: experiências de promoção de direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. 2. ed. São Paulo; Brasília: Cortez; UNICEF, 2007

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 31. Ed., São Paulo: Malheiros: 2008.

VERONESE, Josiane Petry; CUSTÓDIO, André Viana. **Trabalho infantil**: a negação do ser criança e adolescente no Brasil. Florianópolis: OAB editora, 2007

_____; OLIVEIRA, Luciene de Cássia. **Educação versus Punição**. Blumenau: Nova Letra, 2008.

A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre em Enfermagem. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. UNESC. luk@unesc.net

Lisiane Tuon Bitencourt

Doutora em Ciências da Saúde. Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. UNESC. ltb@unesc.net

Josete Mazon

Mestre em Anatomia. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde. Coordenadora administrativa da Residência Multiprofissional em Saúde da UNESC. jmz@unesc.net

Graziela Amboni

Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNESC. gam@unesc.net

Renan Antônio Ceretta

Mestre em Ciências da Saúde. Tutor do PET Saúde da Família Criciúma. UNESC. rce@unesc.net

RESUMO

Trata-se de um artigo de relato de experiência que retrata a trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família desenvolvida em parceria entre Universidade do Extremo Sul Catarinense e Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma – SC. Apresenta as principais contribuições da residência enquanto possibilidade de formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde e com isso também desvelar o cenário de práticas do SUS como um cenário possível de ser transformado por novas experiências. Por fim, contextualiza a Residência como estratégia potencial para a formação dos trabalhadores do SUS consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde; Saúde da Família; Formação em Saúde.

ABSTRACT

It is an article reporting experience that depicts the trajectory of a Multidisciplinary Residency in Family Health developed in partnership between the University and the Extreme South of Santa Catarina Department of Health System Criciúma - SC. Presents the main contributions of the residence as the possibility of training of workers for the Health System and thereby also revealing the practical scenario of SUS as a possible scenario of being transformed by new experiences. Finally, contextualizes the residence as a potential strategy for the formation of SUS workers consonant with the principles of the National Continuing Education in Health.

Keywords: Multidisciplinary Residency in Health; Family Health; Health Training.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem. (Gessner,2006)

O mandamento constitucional estabelece que a “saúde é um 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 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/88, art. 196).

Assim, pensar a saúde no Brasil hoje remete obrigatoriamente ao contexto do Sistema Único de Saúde, um sistema público que atende milhares de brasileiros sem qualquer outro tipo de atendimento. Desde sua implantação pela constituição brasileira de 1988, há 23 anos, o SUS vem recebendo muitas críticas da sociedade em geral, sobretudo a mídia nacional que constantemente veicula matérias com resultados negativos. No entanto, há que se analisar este sistema sob a ótica de um sistema estruturante. Não se trata de apenas mais um programa para resolver parcialmente os problemas básicos de saúde da população, mas trata-se de um sistema que apresenta princípios e diretrizes para organizar as práticas de saúde, qualificar os serviços oferecidos e ampliar o acesso das pessoas para o atendimento as suas necessidades de saúde. Esse é, portanto, um sistema estruturante e que tem por princípios e diretrizes a universalidade, a integralidade e a equidade.

O SUS, por ser uma das maiores políticas existentes com vistas a inclusão social necessita também de políticas indutoras da formação em saúde, tendo em vista que os trabalhadores do sistema único de saúde são aqueles que formam sua imagem deste sistema nos bancos universitários, quando então surge a necessidade de reorganizar a formação em saúde na perspectiva do SUS como escola. Ainda, é válido ressaltar que a Constituição determina que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde é do SUS (CF/88, art. 200, inciso III). O advento do SUS impulsionou muitas discussões em todo o Brasil sobre as necessidades de mudanças na formação em saúde.

A organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde. A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuários e os procedimentos pedagógicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos a sua saúde devem ser matéria de debate durante a formação profissional. (PINHEIRO, CECCIM, MATTOS, 2006)

Após amplas e intensas discussões e o advento de muitas tentativas isoladas, o Ministério da Saúde (MS) adotou como uma de suas principais políticas a reorientação da formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do SUS. Muitas políticas indutoras de mudanças na graduação e na pós-graduação foram implantadas e vem se apresentando com excelentes resultados.

No âmbito da pós-graduação *lato sensu*, o Ministério da Saúde tem apoiado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010)

A RMSF foi idealizada a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como alvo a reorganização da Atenção Básica e que, desde 1994, ainda com a denominação de Programa Saúde da Família, propõe um novo modelo assistencial para o SUS, centrado na atenção primária e na promoção da saúde familiar, assim como na mudança da ênfase individual para a coletiva e familiar e da ação curativa e reabilitadora para a promotora da saúde. (id ibidem)

A RMSF tal qual foi concebida se mostra como uma importante estratégia para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de promover o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Seu principal objetivo é direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (Gil, 2005).

O município de Criciúma, ao longo de sua história, vem construindo possibilidades para a reorganização do cenário de práticas de modo que este cenário possa dar conta das diversificadas necessidades de saúde da população, e,

paralelamente a isso, a UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense, vem buscando direcionar a formação na área da saúde consoante a estes mesmos princípios.

A lei Orgânica da Saúde de 1990 preconiza que a política para os trabalhadores de saúde deve contemplar um sistema de formação em todos os níveis, incluindo a pós-graduação, buscando integrar, formação, assistência e gestão. Com base nestas orientações, associada ao forte interesse do município de Criciúma e da UNESC em reordenar o cenário de práticas em saúde, surge como importante possibilidade para tal o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, pois acredita-se que grande parte dos problemas vivenciados atualmente são decorrentes da falta de preparo adequado dos diferentes profissionais de saúde que atuam no serviço, que não compreendem o Sistema Único de Saúde como potencial cenário para o cuidado e para a integralidade em saúde.

A Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC implantou em 2010 a Residência Multiprofissional em Saúde da Família por meio de processo seletivo dos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação com 09 residentes das áreas da enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, farmácia, odontologia e educação física. Em 2011, outros 09 residentes foram incluídos ao programa. Estes residentes são acompanhados por 07 tutores das áreas específicas que efetuam a mediação entre a universidade e o cenário de práticas, onde os residentes são também acompanhados pelos preceptores do próprio serviço. Trata-se, portanto de uma parceria importante entre Universidade e Secretaria do Sistema de Saúde.

Este artigo tem por finalidade apresentar a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense e Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma na organização do cenário de práticas e na indução de mudanças curriculares nos cursos da área da saúde da UNESC.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso que envolve a residência multiprofissional em saúde da família da UNESC em parceria com a secretaria do sistema de saúde apresentando os principais resultados obtidos com esta política tanto para a organização do cenário de práticas quanto para a indução de mudanças curriculares

dos cursos de graduação da área da saúde da UNESC. Aborda ainda limites e possibilidades encontrados para a atuação do residente no cenário de práticas, assim como as resistências obtidas por parte do ensino de graduação.

No primeiro momento as residentes foram introduzidas no universo da saúde da família, debatendo aspectos fundamentais das políticas de saúde no mundo e em especial no SUS, integrando o olhar das diversas profissões que compõem a residência.

O segundo momento foi composto por diversas modalidades de intervenção assistencial, onde cada residente foi inserido em seus diversos *lôcus* de prática. Para proporcionar um maior domínio sobre o território de atuação, estabelecimento de vínculos e norteamento das ações a serem desenvolvidas, foi realizado um diagnóstico situacional da comunidade, através de: atualização e cadastramento de famílias, reconhecimento do território e mapeamento de riscos. O diagnóstico subsidiou o início da prática clínica para que a mesma, não ocorra sob a lógica do atendimento individual, e sim tomando a família como seu objeto. Cada residente construiu uma agenda padrão de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada comunidade e, baseado nos programas e diretrizes do Ministério da Saúde. Para além das atividades rotineiramente executadas nas USF, as residentes utilizam a clínica ampliada como forma de consolidar a assistência.

No terceiro momento, ocorreu a integração dos residentes com os alunos do curso de graduação em enfermagem, disciplina de Integralidade e Saúde Coletiva II, quando os acadêmicos tutorados pelos residentes e conduzidos pelos professores (também tutor da residência) construíram, aplicaram e avaliaram projetos de educação em saúde nas escolas.

A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A RMSF de Criciúma possui como objetivo geral qualificar profissionais enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, Fisioterapeutas, psicólogos e professores de educação física para desenvolver práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, na Estratégia da Saúde da Família, por meio de ações de abordagem coletiva e clínica individual, fundamentadas nas diretrizes da integralidade e do modelo de vigilância à saúde do SUS, atuando

integradamente nas diferentes áreas do conhecimento por meio da capacitação em serviço.

A Residência assim apresenta duas finalidades precípuas: a formação de trabalhadores de saúde sensibilizados com os problemas de saúde da população e portanto, capacitados a compreender o processo saúde-doença e a intervir nos seus determinantes e consequências para o indivíduo e coletividade, preceituando eticamente o seu exercício profissional, a partir de práticas interdisciplinares e, contribuir com as mudanças na graduação na área da saúde por meio da interlocução da residência com disciplinas dos cursos de graduação.

O cenário da residência tem buscado contemplar a Integração disciplinar; a Aprendizagem Significativa; o Ensino orientado aos problemas mais relevantes do ambiente sócio-político de atuação; o Equilíbrio entre teoria e prática; a Diversificação dos cenários de aprendizagem; a Seleção de conteúdos essenciais em bases epidemiológicas e a Pesquisa integrada ao ensino, com a participação de profissionais dos serviços e da comunidade.

Dentre os principais resultados da Residência até o momento estão:

- a) Sensibilização de 07 docentes da Universidade do Extremo Sul Catarinense para tutoria aos residentes;
- b) Sensibilização de 11 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família para preceptoria dos residentes;
- c) Sensibilização dos trabalhadores de saúde que atuam nas diferentes instâncias, no município de Criciúma, para acolhimento e suporte aos residentes;
- d) Capacitação dos 18 residentes para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para o desenvolvimento de suas atividades profissionais no contexto da atenção básica em saúde/saúde da família;
- e) Estabelecimento de parceria com os grupos PET Saúde para a implantação de programas necessários ao aumento da resolubilidade do atendimento na atenção básica/estratégia saúde da família.
- f) Estabelecimento de parcerias com disciplinas da graduação nos cursos da área da saúde. Este espaço de integração mostrou-se muito rico

agregando importante conhecimento e aprendizagem tanto a acadêmicos quanto a residentes;

- g) Implantação de projetos singulares para os pacientes que assim necessitam, com abordagem interdisciplinar, de acordo com a Política Nacional de Humanização;
- h) Reorganização do fluxo do sistema de referência e contra referência em todo o serviço de atenção básica em saúde;
- i) Reorganização dos programas de atenção a diabéticos, hipertensos, saúde do homem, mulheres grávidas e crianças menores de 1 ano de idade na atenção básica em saúde;
- j) Reorganização do serviço de saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família;
- k) Reorganização do serviço de assistência farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família;
- l) Reorganização do Programa de Cuidado domiciliar no âmbito das Unidades de Saúde da Família;
- m) Reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde considerando a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado em todas as equipes de saúde da família que sediarão o programa de Residência.

Esta residência, visando atingir as habilidades e competências propostas pelas novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos da saúde, considera que o ensino das profissões de saúde deve contemplar a ênfase no conhecimento dos diversos fatores e determinantes implicados nos processos de saúde-doença e elege objetos de conhecimento que dependam de várias disciplinas interconectadas para sua compreensão e análise. Estes aspectos são essenciais para a progressiva adequação e/ou reformulação das práticas sanitárias dos profissionais da saúde, de acordo com os princípios e aspectos organizacionais do SUS e da Estratégia da Saúde da Família.

Esta proposta pedagógica compreende, portanto, os aspectos da integralidade e da interdisciplinaridade. O desenvolvimento curricular busca integrar as dimensões biológicas, psicológicas, políticas, sociais, culturais e ambientais, isto é, pretende-se superar a orientação do modelo *flexneriano*, centrado no

mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização e tecnificação. O grande esforço será o de criar ambientes de ensino-aprendizagem com ênfase na interação/integração ensino- serviço-comunidade.

A relação entre atenção, serviços e trabalho, a educação permanente para o trabalho e a regulação para a qualidade serão três pontos a serem observados na formação destes profissionais. O Programa de Residência trabalha com eixos integradores, a saber: Saúde Coletiva, Prática Profissional, Gestão e Organização do Trabalho, Ensino e Pesquisa. Os eixos integradores propõem os seguintes conteúdos: **Saúde Coletiva, Prática Profissional, gestão e organização de trabalho, integralidade em saúde, Ensino e Pesquisa e conteúdos relativos ao sistema de saúde.** A Educação em saúde e a bioética são temas de estudo transversal. Os eixos sob os quais estes conteúdos estão inseridos denominam-se de Vivências no cenário de práticas em saúde da família; vivências teórico e conceituais; vivências de pesquisa e vivências de extensão

A carga horária teórica desenvolve-se em módulos, onde os conteúdos são articulados entre teoria e prática, promovendo uma reflexão crítica da realidade da saúde da Região Sul Catarinense. Portanto, não há disciplinas, mas sim módulos de ensino com o desenvolvimento de estudos de caso, atividades de pesquisa, oficinas, seminários e trocas de experiências intercalados com a formação em serviço.

Durante o primeiro ano do curso o residente realiza atividades de formação em serviço exclusivamente nas unidades locais de saúde e durante o segundo ano além das UBS desenvolve atividades nas outras instâncias do Sistema Único de Saúde, considerando os eixos transversais da RMSF - Atenção Integral, Educação Permanente e Humanização.

O módulo teórico ocupa 15% da carga horária total do programa, que tem como objetivo construir uma visão crítico-reflexiva sobre as múltiplas determinações do processo saúde-doença e do processo epidemiológico, fundamentado em conhecimentos científicos. Estes conteúdos se desenvolvem na forma de aulas expositivas, apresentações de seminários, estudos de caso, trabalhos científicos, conferências e seminários integrados.

As atividades do Programa de residência possibilitam a integração das diferentes áreas de conhecimento: enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia, educação física, odontologia e psicologia.

As atividades desenvolvidas sob a forma de aprimoramento em serviço de saúde, contemplam as seguintes atividades:

- a) Diagnosticar os problemas locais da população da área de abrangência das Unidades de Saúde/PSF;
- b) Elaboração de Plano de Intervenção aos determinantes do processo saúde/doença identificados;
- c) Atendimento ambulatorial geral às famílias vinculadas à área de abrangência das Unidades de Saúde/PSF;
- d) Visitas domiciliares e acompanhamento de usuários com dificuldades de locomoção, e internações domiciliares da área de abrangência das Unidades de Saúde/PSF;
- e) Acompanhamento de interconsultas com especialistas (nível ambulatorial) para usuários da área de abrangência das Unidades de Saúde/PSF que necessitem deste tratamento;
- f) Plantões em Serviços de Saúde de média e alta complexidade;
- g) Atividades segundo a sua área de graduação nos serviços clínicos hospitalares para usuários internados;
- h) Atendimentos nas áreas específicas em ambulatórios de crescimento e desenvolvimento, pré-natal, especialidades, cirurgia ambulatorial, sala de vacinas;
- i) Ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, priorizando as necessidades locais;
- j) Administração e planejamento de Serviços de Saúde;
- k) Atividades com grupos de pacientes, cuidadores e com a comunidade, incluindo os Conselhos Locais e Municipais de Saúde;
- l) Atividades de Educação em Saúde individual e coletiva;
- m) Capacitação e atualização para os profissionais envolvidos nas equipes de saúde.

O aperfeiçoamento prático ocupa 85% da carga horária total da residência, em atividades nas Unidades de Saúde, conjuntamente com as equipes de Saúde da Família, com base territorial definida e com sede em uma Unidade de Saúde/PSF.

Partindo do princípio de que a Residência é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, cujo objetivo é capacitar profissionais em serviço sob supervisão apropriada, de modo a entenderem as necessidades do país, no que se refere à formação de profissionais qualificados e considerando que esta modalidade de ensino deve ser regularmente avaliada por meio de instrumentos apropriados, no sentido de adequar e aprimorar o conteúdo educacional e assistencial dos programas entende-se que 3 (três) são as dimensões que devem nortear a Metodologia de Avaliação do Aprendizado: infraestrutura, projeto pedagógico e o corpo docente. Para dar conta da primeira e terceira dimensões, acreditamos que a Avaliação Institucional possui hoje um projeto consistente com princípios fundamentados, que atende estes quesitos em suas dimensões amplamente firmadas através de seus indicadores de análise. A Avaliação Institucional da UNESC tem em suas diretrizes a Auto Avaliação e a Avaliação Externa, como preconiza o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), consolidada pelo termo de cooperação firmado pelo Conselho Estadual de Educação e a CONAES e pela resolução que a legitima. A segunda dimensão, o Projeto Pedagógico, terá como proposta de acompanhamento a Avaliação da Aprendizagem, a qual deve, obrigatoriamente, estar em consonância com a modalidade do Programa, projeto e metodologias utilizadas para acompanhar, em processo, o desempenho do residente. Assim, através do acompanhamento e sistematização, os tutores e preceptores farão o *feedback* constante do estudante-residente, promovendo a avaliação formativa em processo de aprendizagem. Ainda, todo o processo de avaliação será efetuado pela **Comissão de Residência Multiprofissional em saúde da Família** composta pelo coordenador do Programa, 1 tutor de cada uma das áreas envolvidas, 2 residentes, e 1 representante da secretaria municipal de saúde de Criciúma com reuniões quinzenais.

Dentre as principais dificuldades evidenciadas estão o preparo dos residentes para o enfrentamento do cenário do SUS, muito aquém das necessidades, pelos cursos de graduação de suas áreas específicas. Constatou-se que os enfermeiros são os residentes com maior inserção na atenção básica em saúde, no entanto, não são os que demonstram maior propriedade sobre este cenário. O acolhimento dos residentes pelos serviços, em sua grande maioria foi positivo, porém alguns enfrentamentos negativos ocorreram. Outra dificuldade significativa refere-se a interlocução dos residentes com os cursos de graduação.

Alguns cursos apresentaram significativa resistência e ainda apresentam, outros no entanto, incluíram os mesmos como partícipes de disciplinas da graduação.

Para Oliveira (2004), a formação dos profissionais precisa estar pautada na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde, incorporando a escuta aos processos singulares e subjetivos, o estabelecimento de relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território.

CONCLUSÃO

Diante da necessidade constante de formação e qualificação dos profissionais que atuam e/ou atuarão no SUS e especificamente na atenção básica, a RMISF vem para reforçar a troca entre os saberes da ciência e da prática. Entretanto, por esta residência ser recente, alguns pontos precisam ser revistos, ampliados e construídos de forma intra e intersetorialmente. Para além dos entraves que fogem a governabilidade da residência, nos deparamos com predominantes condições precárias (sociais, culturais, econômicas e de território) da população; bem como problemática articulação entre o setor saúde e os demais setores. Espera-se que esta experiência impulse a reflexão dos atores envolvidos para que se estimule o desenvolvimento de iniciativas para melhorias na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Artigo 196.

GESSNER, CLS. **Qualidade de Vida das equipes de Saúde da Família do município de Timbó do Sul – SC**. (Tese). Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Univali. 2006

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar.-abr. 2005.

NASCIMENTO DDG, OLIVEIRA MAC. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010

PINHEIRO R., CECCIM, RB., MATTOS, RA. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. LAPPIS. Rio de Janeiro. 2006

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto**: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva. 2004. Tese (Livre –docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

A IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA URBANA DE UM BAIRRO DE CRICIÚMA A PARTIR DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO (PET SAÚDE)

Mágada Tessmann Schwalm

Mestre em Educação, Docente, Tutora PET Saúde (Programa de Educação Pelo Trabalho), Enfermeira, UNESC Criciúma/SC

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre em Enfermagem, Docente, Coordenadora PET Saúde, Enfermeira, UNESC, Criciúma/SC

Vânia Kátia Menegalli Mojeen

Mestre em Ciências da Saúde, Docente, Preceptora PET Saúde, Psicóloga, UNESC, Criciúma/SC

Ana Lucia Camargo Fagundes

Especialista, Docente, Preceptora PET Saúde, Médica, UNESC, Criciúma/SC

Ana Regina da Silva Losso

Mestre em Saúde Coletiva, Docente, Enfermeira, UNESC, Criciúma/SC

Leticia Vieira de Oliveira Rodrigues

Gerente das Especialidades da Secretaria do Sistema de Saúde/Prefeitura Municipal de Criciúma. Especialista em Urgência e Emergência

Diogo Copetti

Enfermeiro, UNESC, Criciúma/SC

RESUMO

A saúde não é meramente a ausência de doenças, múltiplos fatores interferem no bem estar das pessoas. O Programa de Educação para o trabalho (PET Saúde) realizou o diagnóstico de vida e saúde da comunidade Vila Belmiro em Criciúma/SC, tendo como foco a violência urbana. O PET tem como objetivo o ensino associado à práxis, ou seja, a construção do conhecimento de forma interligada entre as profissões, que permitam o diálogo entre os diversos saberes, associado à prática. Este estudo é qualiquantitativo, exploratório desenvolvido na Delegacia da Mulher e de polícia que atende os bairros Vila Belmiro, jardim União e Bairro progresso de Criciúma-SC. A coleta de dados ocorreu a partir do registro das ocorrências registradas no ano de 2009. Os dados foram discutidos a partir de análise simples.

Palavras-chave: Violência; Educação; Práxis.

ABSTRACT

The health is not mere the absence of illnesses, multiples factors intervenes with the welfare of the people. The Program of Education for the work (PET Health) carried through the diagnosis of life and health of the community Belmiro Village in Criciúma/SC, having as focus the urban violence. The PET has as objective the education associated with the práxis, that is, the construction of the knowledge of linked form between the professions, that allow the dialogue between the diverse ones to know, associated to the practical one. This study qualiquantitativo,

exploratório it is developed in the Police station of the Woman and of it polices that it takes care of to the quarters Belmiro Village, garden Union and Quarter progress of Criciúma-SC. The collection of data occurred from the register of the occurrences registered in the year of 2009. The data had been argued from simple analysis.

Keywords: Violence; Education; Práxis.

INTRODUÇÃO

A violência no Brasil tem tornando-se manchete de notícia em praticamente todos os meios de comunicação. Considera-se aqui o pensamento de Odália (ODÁLIA, 1983) sobre violência, que é um comportamento causador de dano à outra pessoa, ser vivo ou objeto, desconsiderando sua autonomia, integridade física, psicológica ou a própria vida do outro.

Taquette (2007) diz que a violência é considerada um fenômeno multicausal, que vem atingido grupos sociais, as instituições e as faixas etárias. É um fato histórico que acontece também em outras sociedades. No Brasil, tem alcançado índices significativos de óbito, constituindo, junto às razões externas, a segunda maior causa de mortalidade. No que diz respeito aos maus tratos contra crianças e adolescentes, particularmente no caso da violência sexual, passou a ser prioridade na agenda pública. Por isso, o governo tem estimulado programas de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos e abuso sexual.

Segundo Odália (ODÁLIA, 1983), violência é um comportamento que causa dano a outra pessoa, ser vivo ou objeto, onde se nega autonomia, a integridade física ou psicológica e até mesmo a vida do outro. Pode ser também, o uso excessivo de força, além do necessário ou esperado. O termo Violência deriva do latim *violentia*, que por sua vez é amplo, significando qualquer comportamento que deriva de *vis*, força, vigor; assim, é aplicação de força, vigor, contra qualquer coisa ou ente.

A violência diferencia-se de força. São palavras que costumam estar próximas se pensamos na linguagem e no pensamento cotidiano. Enquanto força designa, em sua acepção filosófica, a energia ou "firmeza" de algo, a violência caracteriza-se pela ação corrupta, impaciente e baseada na ira, que não convence ou busca convencer o outro, simplesmente o agride. (ODÁLIA, 1983)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), declara que violência é um problema de saúde pública global, conceituando-a como “uso intencional de força ou poder físico, ameaçante ou real, de uma pessoa a si mesma, de outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta possibilidade de resultar em feridas, morte, danos sociológico, disfunção ou privações”.

A violência pode ser classificada segundo Pinheiro & Almeida (2003) em violência física que são aquelas que causam danos materiais ou fisiológicos, e se caracterizam pela intensidade comparativamente alta, assim como pela instantaneidade. Porém, tendo pouca perenidade. Existem inúmeras variações da violência física (ou ainda, sub-variedades), como o estupro, o assassinato e ou o antigo (e desusado) duelo. (PINHEIRO & ALMEIDA, 2003).

A violência psicológica que de acordo com (LIMA, 2005) consiste em um comportamento (não-físico) específico por parte do agressor. Seja este agressor um indivíduo ou um grupo específico num dado momento ou situação. Muitas vezes tratamento tais como: rejeição, depreciação, indiferença, discriminação, desrespeito, punições (exageradas) podem configurar-se como violência.

O assédio moral é a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. Em geral, aquele que pratica o assédio moral tem o desejo de humilhar o outro ou tem prazer em sentir a sensação de poder sobre o outro. Chegam a criar adeptos para que se juntem ao grupo para fortalecê-lo. Alguns se unem porque igualmente gostam de abuso de poder e de humilhar, outros se unem por covardia e medo de perderem o emprego. (LIMA, 2005)

Outra forma de Violência configura-se na modalidade verbal, que segundo (MORAIS, 1985) é a expressão que designa o fenômeno de comportamento deliberadamente transgressor e agressivo, apresentado pelo conjunto dos cidadãos ou por parte deles, nos limites do espaço interpessoal.

Segundo a UNESCO (CORREIO BRASILIENSE, 2007), a cada 13 minutos um brasileiro é assassinado; a cada 7 horas uma pessoa é vítima de acidente com arma de fogo, um cidadão armado tem 57% mais chance de ser assassinado do que os que andam desarmados; as armas de fogo provocam um custo ao SUS de mais de 200 milhões de reais; por ano, morrem cerca de 25 mil

peças vítimas do trânsito e 45 mil morrem de armas de fogo; em São Paulo, quase 60% dos homicídios são cometidos por pessoas sem histórico criminal e por motivos fúteis. Em Brasília, a cada 4 minutos ocorre um delito. São 15 crimes por hora.

DESENVOLVIMENTO

Estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido no período de agosto a outubro de 2009, na Delegacia de polícia que atende as ocorrências na Vila Belmiro, Bairro Progresso e Jardim União de Criciúma-SC e na Delegacia da mulher, referente registro de delitos ocorridos de janeiro a setembro de 2009 nestes bairros. Os dados foram colhidos por bolsistas/acadêmicos do PET Saúde dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Medicina e após concatenados são apresentados em tabelas e discutidos a partir da análise simples dos dados. Os Delegados de Polícia assinaram o TCLE autorizando a divulgação dos dados estando cientes da pesquisa. Foram obedecidos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Apresentação e análise dos resultados

Os dados serão apresentados em dois momentos, o primeiro que diz respeito as ocorrências policiais gerais (2009) da Vila Belmiro e posteriormente os dados coletados na Delegacia da mulher:

Tema 01: Ocorrência Policial geral referente ano 2009

Tabela 1 - Ocorrências gerais

Ocorrência	Jardim União	Vila Progresso	Vila Belmiro	Total	%
Acidente de veículo com danos materiais	4	1		5	2,97
Acidente de veículos com lesões corporais	1	1	1	3	1,78
Ameaça	6	4		10	5,95
Animal em perigo		2		2	1,19
Apropriação indébita	1			1	0,59
Ato obsceno	2			2	1,19
Atrito verbal ou discussão	1	1	1	3	1,78
Auxílio transporte de doente mental	1			1	0,59
Averiguação de elemento em atitude	2	11		13	7,73
Comércio de tóxico ou entorpecente	3	1		4	2,38
Condução de moto fazendo malabare ou com passageiro sem capacete	1	1	1	3	1,78
Dano de depredação		1	2	3	1,78
Dirigir alcoolizado		1		1	0,59
Dirigir veículo sem CNH ou permissão ou carteira vencida	1	8	1	10	5,95
Disparo de alarme em estabelecimento	1			1	0,59
Dispensada pelo solicitante vítima	2			2	1,19
Encontro de pessoa desaparecida			1	1	0,59
Encontro de veículo abandonado	1			1	0,59
Falta de patrulha			1	1	0,59
Ferimento por arma de fogo		1		1	0,59
Furto a residência	1	2		3	1,78
Furto consumado		1		1	0,59
Furto de veículo	1	1	1	3	1,78
Furto tentado	2			2	1,19
Nada constatado após averiguação	1			1	0,59
Ocorrências não confirmadas	8	7		15	8,92
Outros auxílios à comunidade		1		1	0,59
Patrulha indisponível	1			1	0,59
Perturbação do trabalho ou sossego	6	12	1	19	11,30
Posse de tóxico ou entorpecente	2	2		4	2,38
Queixas diversas	1	3		4	2,38
Rixa, briga entre três ou mais presos		1	1	2	1,19

Roubo ou assalto a estabelecimento	1		1	0,59	
Roubo ou assalto contra pessoa		1	1	0,59	
Uso de tóxico ou entorpecente	1	3	4	2,38	
Veículo não registrado e licenciado ou chassi/característica alterada	4	2	6	3,57	
Veículo realizando manobra perigosa	3	2	5	2,97	
Veículo sem equipamento obrigatório ou inefic inoper		3	3	1,78	
Vias de fato ou agressão	6	13	3	22	13,86
Violação de domicílio			1	1	0,59
Total	65	88	15	168	100

Fonte: Delegacia de Polícia

Com relação às ocorrências gerais registrados na Delegacia de Polícia com relação aos delitos cometidos na Vila Belmiro, Jardim União e Bairro progresso, se observam que a de maior frequência registrada é a agressão com 13,86%, seguida da perturbação do trabalho ou sossego (11, 30%), e situações que envolvem queixas gerais, tráfico/repasso e/ou consumo de drogas (7,14%).

Boff em um folhetim disse que sempre temos em mente que a “liberdade do outro acaba onde inicia a nossa”, mas que o filósofo/teólogo, não concorda. Para ele, este pensamento é um pensamento que traduz o capitalismo e a divisão de bens, “o que é meu é meu e o que é teu é teu”. Segundo Boff, não é preciso que minha liberdade termine para iniciar a do outro, é possível que a liberdade seja um sentimento e um direito usufruído por ambos ao mesmo tempo. É algo que pode ser construído na coletividade e pautado em valores.

Entende-se por valores, sentimentos importantes que permeiam a vida das pessoas e facilitam ou complicam suas relações sociais. Como filosofia, o individualismo compreende um sistema de valores, uma teoria sobre a natureza humana e a aceitação de certas configurações econômicas, políticas, sociais e religiosas. Seu sistema de valores pode ser sintetizado em três proposições: (1) todos os valores são antropocêntricos, isto é, experimentados -- embora não necessariamente criados -- por seres humanos; (2) o indivíduo é um fim em si mesmo e tem valor supremo, sendo a sociedade apenas um meio para a realização dos fins individuais; e (3) todos os indivíduos são em certo sentido, moralmente

iguais, expressando-se essa igualdade na assertiva de que nenhum indivíduo pode ser tratado apenas como meio para o bem-estar de outrem.

O respeito é um dos valores “quase que em extinção”, na sociedade que se vive, onde a busca pelo TER é maior do que a busca que SER. Não há menor escrúpulo nas ações do ser humano. Respeito é conceder ao “outro” um grau de reverência desejado para si próprio e para sua escala de valores. Inclui ainda a percepção do universo do “outro”, observar seu perfil sem nele interferir sem permissão, muito menos causar-lhe dano.

Acredita-se que as três formas de violência geral que foram apresentadas como sendo as predominantes no bairro onde se está desenvolvendo o diagnóstico de vida e saúde da população, tem relação entre elas.

A agressão pode ser reflexo do uso e tráfico de drogas. Os jovens em especial quando do consumo de drogas ficam corajosos como nunca o foram, agredindo verbalmente, fisicamente e até matando. A fissura pela droga quando o jovem não está sob o seu efeito, a necessidade psicológica e a dependência fisiológica que a droga causa leva-o a cometer delitos como roubo/furto, para aquisição desta droga. A perturbação do trabalho ou sossego (11, 30%) é desencadeada.

Tema 02: Ocorrências Policiais na Delegacia da mulher no ano 2008 da Vila Belmiro, jardim União e Vila Progresso

Tabela 2 - Ocorrências gerais

Fato	Quantidade	%
Abandono do lar	1	0,86
Abuso de autoridade	1	0,86
Ameaça contra homem	4	3,44
Ameaça contra menor	5	4,31
Ameaça contra mulher	5	4,31
Ato obsceno	1	0,86
Calunia	4	3,44
Comunicação	3	2,58
Dano	2	1,72
Desacato	2	1,72
Desobediência	1	0,86
Desobediência à decisão judicial	1	0,86
Difamação	2	1,72
Direção perigosa	1	0,86
Dirigir sem habilitação	1	0,86
Furto de caminhão e/ou caminhão trator	1	0,86
Furto de comércio	2	1,72
Furto em repartição pública	1	0,86
Furto em residência	6	5,17
Furto em veículo	3	2,58
Furto outros	6	5,17
Furto punquista	1	0,86
Incêndio	2	1,72
Injúria	1	0,86
Invasão de propriedade	1	0,86
Leão corporal acidente de trânsito – c/homem	1	0,86
Lesão corporal culposa c/homem	1	0,86
Lesão corporal culposa c/menor	1	0,86
Lesão dolosa corporal c/homem	4	3,44
Lesão corporal dolosa c/mulher	4	3,44
Perda de documentos/objetos	10	8,62
Perturbação da tranquilidade	2	1,72
Perturbação do sossego/trabalho	2	1,72
Porte ilegal de arma	1	0,86
Recuperação de veículo	1	0,86
Roubo	1	0,86
Tóxico/porte ou uso de crack	1	0,86
Tóxico/porte ou uso de maconha	1	0,86
Tóxico/tráfico de crack	1	0,86
Violência doméstica contra mulher	13	11,20
Violência doméstica/difamação	1	0,86
Violência doméstica/injúria	3	2,58
Violência doméstica/lesão corporal contra criança	1	0,86
Violência doméstica/lesão corporal contra mulher	8	7,04
Violência doméstica-outros	1	0,86
Total geral	116	100

Fonte: Delegacia da Mulher

Nos registros da delegacia da mulher, os eventos mais ocorridos são: violência doméstica contra a mulher, violência doméstica com lesão corporal a mulher, perda de documentos, lesão corporal dolosa contra homem e mulher, furto em residência e outros furtos, ameaça contra homem, mulher e menor e a comunicação.

Em nível nacional a violência contra a mulher tem sido destaque como registro de ocorrências nas delegacias de mulher. Acredita-se não se tratar de aumento da violência contra a mulher, mas da ousadia e coragem que as mulheres estão tendo em registrar a ocorrência.

Campanhas têm sido veiculadas na mídia a fim de conscientizar a mulher da necessidade de romper-se a cadeia de violências domésticas. Em Criciúma, foi montado um Núcleo de Violências pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, que hoje é coordenador pela prefeitura Municipal de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde, por tratar-se de um projeto de parceria. Também participam representantes da Secretaria Municipal de Educação, Conselho tutelar e outros órgãos que podem ser em potencial tanto denunciadores, quanto podem trabalhar a questão da não violência e a recuperação dos valores ora extintos que geram mais violência.

Este núcleo tem como objetivo principal, evitar a violência contra a mulher e criança, denunciar as ocorridas e re-socializar o agressor, quando se sabe que mais de 90% deles retorna para o seio familiar.

Boff (2006), fala muito sobre a perda da tolerância e a tolerância excessiva em alguns casos. Para ele, a tolerância didaticamente é classificada em tolerância passiva e ativa. A tolerância passiva representa a atitude de quem aceita a coexistência com o outro não porque o deseja, mas porque não o consegue evitar. Esta forma de tolerância nasce de três vícios: da indiferença (não vê no outro nada que valha a pena ou o possa interessar, a indiferença mata psicologicamente o outro), da pusilanimidade (surge do acovardamento diante do outro, considerando superior ou mais forte) e da comodidade (toda relação implica mudanças no modo de ver e se comportar).

A tolerância ainda segundo Boff (2006), apresenta três limites mais imediatos: o primeiro é o sofrimento do outro (quando as pessoas são humilhadas

discriminadas e desumanizadas- ninguém tem direito de impor sofrimento injustificado ao outro).

O segundo limite é imposto pela Carta dos Direitos Humanos da ONU de 1948, que rege que todas as culturas e quaisquer diferenças devem confrontar-se com aqueles preceitos e valores, referência comum a todos, sem exceção. A violação da dignidade e promoção da humilhação sistemática da pessoa não poder ser justificada em nome da tolerância. E como terceiro limite, a Carta de Terra (ONU, 2000), apresenta uma visão mais antropocêntrica, dos direitos de cada ser e da comunidade de vida. Toda e qualquer agressão à natureza é intolerável e padecerá sanções previstas.

O PET Saúde é um Programa financiado pelo Ministério da Saúde que objetiva ensinar os acadêmicos das múltiplas profissões que compõe a área da saúde a trabalhar e construir seu conhecimento juntos, respeitando cada qual a sua área de domínio do conhecimento e seu exercício profissional, mas respeitando e reconhecendo como nobre as demais áreas de conhecimentos.

Assim, os acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Medicina (no caso deste grupo que realizou a coleta dos dados), aprendem e apreendem o conhecimento aplicando-o na prática, ou seja, a práxis da educação.

Freire já dizia que a educação bancária é arcaica e não produz conhecimento mas reproduz o já conhecido. Acredita-se que partindo da realidade o acadêmico possa estabelecer relação entre a teoria estudada em sala de aula com múltiplas metodologias, possa encontrar sentido no que está aprendendo e assim terá prazer em aprender mais e melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto à violência, quando se acaba a possibilidade de diálogo e de troca, cria-se um espaço para o desenvolvimento da violência. O terrorismo se desenvolve a partir deste contexto: vem carregada de ressentimento, amargura e raiva.

Nos domicílios puderam-se observar membros de uma mesma família manifestação de palavras como: “a barriga não dói apenas uma vez”, “deixa...ele volta...daí me cobro”, dentre outras. No que diz respeito ao marido e mulher, palavras como “se não fizer isso, ou aquilo... tu me pagas”. A violência que mais se

percebe é a violência verbal, psicológica e sobretudo a violência física contra mulheres e contra crianças.

É necessário que as campanhas continuem, mas não bastam apenas campanhas de conscientização da mulher e da criança das violências declaradas ou veladas, é necessária mudança socioeconômica, é necessário tratar-se os usuários de drogas e álcool e proporcionar-lhe novas perspectivas de vida.

O tratamento, a internação não terá bons resultados a médio e longo prazo, pois apenas temporariamente estarão sendo tirados das ruas. Assim que estiverem “livres” novamente, se não tiverem trabalho digno, salário digno e apoio familiar voltarão ao tráfico, voltarão ao alcoolismo e uso das drogas e voltarão a cometer violências.

Os profissionais da saúde, da educação e das ciências sociais (assistentes sociais) têm grande e importante papel na recuperação dos violentadores. Não basta tirar destes a droga ou álcool, é necessário preencher o espaço que a droga e o álcool deixaram, caso contrário, ocuparão novamente o que lhes foi outorgado por necessidade.

A formação focada na multidisciplinaridade partindo da realidade, permitirá ou auxiliará que a atuação dos futuros profissionais (acadêmicos da saúde) atinja seus objetivos dentre os quais a formação voltada ao SUS, a intervenção no ambiente para a transformação da realidade.

REFERÊNCIAS

BOFF, LEONARDO. **Saber Cuidar: ética do humano** – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____, **Virtudes para um outro Mundo Possível** – Convivência, Respeito e Tolerância. Petrópolis: Vozes, 2006.

BUENO, FRANCISCO DA SILVEIRA. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Atual, 2000.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: historia da violência nas prisões**. Tradução Ligia M.Ponde. Petrópolis: Vozes, 1996.

LIMA, W.F. **"Violência Corporativa e Assédio Moral"**: Edições Armazém Digital (RJ), 2005.

MORAIS, R. **Que é Violência Urbana**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ODALIA, NILO. **O que é a violência.** São Paulo. Brasiliense, 2002.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE, Informe mundial sobre la violencia y salud. Genebra (SWZ): OMS,2002.

PINHEIRO, P.S. & ALMEIDA, G.A. **Violência Urbana.** São Paulo: Publifolha, 2003.

TAQUETTE. STELLA R. **Violência contra a mulher adolescente/jovem.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E DO CUIDADO EM SAÚDE NO CURRÍCULO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre em Enfermagem. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. UNESC. luk@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Mestre em Educação. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva – UNESC – mts@unesc.net

Neiva Junkes Hoepers

Mestre em Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva – UNESC. neivajun@engeplus.com.br

Valdemira Dagostim

Mestre em Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva – UNESC. vsd@unesc.net

Karina Gulbis Zimmermann

Mestre em Enfermagem. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva – UNESC. Karina@unesc.net

RESUMO

Trata-se de um artigo de reflexão teórica e relato de experiência da prática pedagógica desenvolvida no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC a partir da reorganização curricular com a inclusão da integralidade da atenção e do cuidado em saúde como eixo central. Analisa e discute as contribuições do novo currículo para a formação em enfermagem fundamentada na integralidade em saúde. Apresenta a conformação curricular por núcleos de conhecimento e os eixos de cada fase integrados pelo seminário integrativo. Tem por finalidade apresentar a integralidade do cuidado em saúde como estratégia fundamental a formação em enfermagem, pautada pelas diretrizes curriculares nacionais para o ensino da enfermagem que apontam cenários diversificados para a formação do enfermeiro e colocam a prática da integralidade como eixo do ensino em enfermagem.

Palavras-chave: Formação em Enfermagem; Integralidade; Enfermagem.

ABSTRACT

It is an article of Theoretical reflection and experience report of pedagogical practice developed in the Course of Nursing, University of the Extreme South of Santa Catarina - UNESCO from the reorganization of the curriculum to include comprehensive health care and the health care the centerpiece. Analyze the Contributions and discussions of the new curriculum for training in nursing based on integrality. Displays the conformation of core curriculum knowledge and the axes of each phase integrated the integrative seminar. Its purpose is to Provide comprehensive care in health as a key strategy in nursing education, guided by

national curriculum guidelines for nursing education that link diverse scenarios for nursing education and practice of the Entire place as a hub of education in nursing.

Keywords: Training in Nursing; Completeness; Nursing.

INTRODUÇÃO

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), havendo uma série de políticas que orientam a implementação de ações que respondam às demandas e necessidades da população, nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões do ser cuidado. (SILVA e SENA, 2006)

A concepção medicalizadora da saúde ocupou, e ainda ocupa, um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica e na imagem do trabalho em saúde (CECCIM e BILIBIO, 2002). É necessário deslocar o eixo da medicalização para o da atuação interdisciplinar, intensificar o respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e alterar os perfis profissionais para alcançar a estratégia da atenção integral à saúde, de maneira que cada cidadão se sinta acolhido, protegido e atendido em suas necessidades (CECCIM e ARMANI, 2001).

O grande desafio das instituições de ensino superior para este milênio, é formar, na área da saúde, profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, características estas indispensáveis ao profissional que irá atuar em serviços do SUS. (ROSSONI e LAMPERT, 2007)

O crescente desafio das instituições formadoras é preparar profissionais para atuar nos diferentes níveis do Sistema de Saúde, especialmente na Atenção Básica, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais, ao postular que a formação do profissional de saúde deve estar em consonância com o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (ALMEIDA e MARANHÃO, 2003).

A formação do generalista requer a inserção precoce do aluno no mundo do trabalho e a sua atuação crítica e reflexiva para o desenvolvimento de uma visão global, integrada e crítica da saúde, tendo como eixo central a promoção da saúde.

Currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho em saúde no SUS devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais. (CHIESA et al, 2009)

Neste contexto, o Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense tem empreendido esforços para que a proposta pedagógica do curso seja pautada na integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Assim, ao apresentar a proposta pedagógica do Curso de Enfermagem da UNESC, torna-se importante referir a PIMENTA (2002), quando a autora comenta que para abordar as questões pedagógicas é necessário antes falar sobre a educação em sua relação com o mundo cultural e do trabalho, tendo em vista que o trabalho proporciona a existência humana e a educação contribui para esta realização.

Assim, compreender o ensino é entender que este tem aspectos da teoria e da prática, sendo que é uma atividade prática que se propõe dirigir as trocas educativas para orientar num sentido determinado, as influências que se exercem sobre as novas gerações. O processo de aprendizagem que se estabelece no ambiente de sala de aula e envolve alunos e professores, se apresenta de diferentes formas devido às interações produzidas tanto na estrutura acadêmica como nos modos de relação social que estabelecem (SACRISTÁN e GOMEZ, 2000).

Para os autores existe uma relação dialética de compreensão e intervenção nas quais ambas - teoria e prática - estimulam-se mutuamente e não podem se separar, o que denotaria uma fragmentação. O ensino tem sua dimensão historicamente apoiada na teoria e na prática. Ninguém duvida que toda intervenção educativa necessita apoiar-se no conhecimento teórico e prático, no entanto quando tentamos estabelecer a relação entre o conhecimento teórico que as disciplinas oferecem e o modo de intervir em situações concretas, configurando a prática, esta ainda não consegue acontecer de maneira significativa.

Para ZABALZA (2008) é preciso criticidade no processo de ensino e aprendizagem, pois ensinar consiste justamente em proporcionar ao aluno oportunidades de construção do conhecimento mediante a troca de experiências e da aproximação deste com a Realidade. O autor entende que o processo de construção da aprendizagem se dá nas relações do sujeito, as quais se processam

num contexto social e institucional. Este, é situado e ligado a toda ação - reflexão, construção - comunicação, produção – relação, que envolva a aprendizagem como processo de mudança-transformação do sujeito e do meio, por intermédio das relações sociais.

Dentro da situação específica do ensino de enfermagem, a percepção de uma lacuna entre a teoria e a prática é firmemente estabelecida. Alguns autores argumentam que ela sempre existirá, pois há diferentes tipos de conhecimento envolvidos e referem-se à teoria como o conhecimento — saber que é adquirido dos livros, e a prática como o conhecimento —saber como ganho da experiência direta de uma situação. (Id ibidem)

Porém vale ressaltar, que o processo de ensino é uma atividade conjunta de professores e alunos. Organizado sob a coordenação do professor, com finalidade de prover as condições e meios pelos quais os alunos assimilam ativamente conhecimentos, habilidades, atitudes e convicções. É o saber que o professor constrói no cotidiano de seu trabalho e que fundamenta sua ação docente, ou seja, é o saber que possibilita ao professor interagir com seus alunos, na sala de aula, no contexto da escola onde atua. A prática docente é, simultaneamente, expressão desse saber pedagógico construído e fonte de seu desenvolvimento (PIMENTA, 2002).

A autora ressalta ainda que a expressão —saber pedagógico, apresenta-se diferenciada de conhecimento pedagógico, entendendo o primeiro como um saber construído pelo professor no seu cotidiano de trabalho e o segundo elaborado por pesquisadores e teóricos da educação. Esta observação destaca-se, por entender que o professor é considerado muitas vezes, como um simples executor de tarefas educacionais, porém este profissional é alguém que pensa o processo de ensino e reflete suas ações como ser histórico, condicionado pelas possibilidades e limitações pessoais, profissionais e do contexto que atua. (id ibidem)

Nessa perspectiva, devemos considerar um aspecto efetivo da prática docente que se constitui na práxis da ação pedagógica e para tanto AZZI (2008) destaca a atividade docente como a expressão do saber pedagógico e este ao mesmo tempo, é fundamento e produto da atividade docente que acontece no contexto escolar, numa instituição social e historicamente construída, estamos dizendo que o trabalho docente é uma prática social.

O saber pedagógico exige uma reflexão profunda sobre a educação e o ensino, buscando um trabalho sistemático de renovação de todo o processo de ensino e aprendizagem. A pedagogia atual aponta para uma educação menos centrada no professor e mais no aluno e mais na aprendizagem do que no ensino. Nesse contexto inicia as discussões em torno da formação no ensino superior, entendida como um processo de transformação do conhecimento em comportamentos, serviços e bens significativos para a sociedade.(Id ibid)

No processo de construção/adequação do currículo nos cursos de graduação, sobretudo no curso de graduação em enfermagem da UNESC, torna-se importante compreender que o início do século XXI traz em si muitas exigências para as instituições de ensino superior. Entre elas a exigência para capacitar as pessoas para uma efetiva vida em sociedade. Viver com qualidade, aprender a conhecer, aprender a conviver, aprender a ser, aprender a aprender, empreendedorismo, empregabilidade, formação integral, voltada para o mundo de trabalho, capacitação técnica integrada com capacitação política, ética, intelectual, social e profissional que exigem das instituições providências para superar os referenciais do passado e elaborar o que precisa ser uma efetiva educação superior para o futuro.

Reforça-se portanto, a busca da construção de um ensino que privilegie os aspectos metodológicos presentes na atual LDB, a saber: a identidade, autonomia, diversidade, interdisciplinaridade, contextualização e flexibilidade. Oferecer, pois, ao aluno de Enfermagem um currículo que prime pela prática desses princípios, além de outros, é fator fundamental para a UNESC como Universidade Comunitária.

Na atualidade, as Diretrizes Curriculares direcionam o processo educacional para além da automatização, da mecanização e da estereotipia dos movimentos. Os marcos referenciais indicados pela política pública em educação e formação de profissionais da saúde, fundamentam-se numa concepção de aprendizagem criativa e emancipadora. Por ela, os encaminhamentos metodológicos partem das situações e contextos pessoais, culturais e sociais dos alunos, buscando articular significados amplos e diversificados quanto à saúde, que extrapolam o cotidiano.

Além da autonomia para planejar a graduação, a LDB aponta para um mais amplo entendimento da responsabilidade da universidade na formação do estudante. No art. 43, inciso I a lei estabelece que a educação superior tenha por

finalidade "estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo. O inciso II aborda a participação do indivíduo no desenvolvimento da sociedade brasileira e a sua formação contínua. Já o inciso III preconiza que o incentivo ao trabalho de pesquisa e investigação científica desenvolva —o entendimento do homem e do meio em que vive". A amplitude da ideia de formação universitária continua no inciso VI quando estabelece ser a finalidade da educação superior "estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade" (VEIGA, 2003).

Todas estas ênfases apontam para uma profunda modificação na estruturação dos novos Projetos Pedagógicos. O projeto pedagógico, na esteira da inovação emancipatória, enfatiza mais o processo de construção. É a configuração da singularidade e da particularidade da instituição educativa. A importância do projeto reside no seu poder articulador, evitando que as diferentes atividades se anulem ou enfraqueçam a unidade da instituição. Inovação e projeto pedagógico estão articulados, integrando o processo com o produto porque o resultado final não é só um processo consolidado de inovação metodológica no interior de um projeto pedagógico construído, desenvolvido e avaliado coletivamente, mas é um produto inovador que provocará também rupturas epistemológicas. Não podemos separar processo de produto (BORBA, 2003).

A criação do Curso de Enfermagem partiu ainda da concepção de que no processo de formação educativa, a Educação é o conjunto de estratégias desenvolvidos pela sociedade para:

- a) possibilitar a cada indivíduo atingir seu potencial criativo;
- b) estruturar e facilitar a ação comum, com vistas a viver em sociedade e exercer cidadania (entendida como o exercício de direitos e deveres acordados pela sociedade).

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais. (SENA e SILVA, 2007)

Este relato de experiência tem por objetivo demonstrar o processo de abordagem da integralidade da atenção e do cuidado em saúde no currículo do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

A EXPERIÊNCIA DA MUDANÇA CURRICULAR

Trata-se de um relato de experiência sobre a inclusão da integralidade da atenção e do cuidado em saúde no currículo do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. O referido Curso foi criado em 2000 e implantado em 2001 com uma matriz curricular modular e uma proposta pedagógica que se configurava inovadora. Após o reconhecimento do curso de enfermagem ocorrido em 2006 surgiu a necessidade de atualizar a matriz curricular.

O período de 2002 a 2005 foi permeado de amplas discussões acerca da compreensão da matriz curricular proposta, tanto pelo corpo docente quanto pela própria instituição. Foram inúmeras as dificuldades para manter o modelo curricular proposto, tendo em vista, sobretudo que associado ao despreparo dos professores e a organização da instituição que segue o modelo por disciplinas, estava a dificuldade de efetuar o encadeamento entre os conteúdos e sobretudo, a possibilidade do aluno aprovar no módulo mesmo tendo faltado a um ou mais conteúdos inteiros, tendo em vista que o módulo é a disciplina e a frequência é considerada em todo o módulo.

Para a estruturação do currículo do Curso de Graduação em Enfermagem partimos do princípio de que as práticas pedagógicas tradicionais de *transmissão* de conhecimento ao educando, centradas no professor, fragmentadoras do conhecimento, com disciplinas desvinculadas da realidade, não atendem àquelas metas e não expressam a concepção de processo educativo criativo e transformador.

Desta forma, adotamos inicialmente a estratégia de um currículo integrado, para que este viesse a ser o condutor de um processo crítico reflexivo por parte do aluno, sustentado na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática, na interdisciplinaridade e na participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem.

O professor deixa então, de ter o papel tradicional de transmissor ou repassador de conhecimentos para exercer um papel de mediador ou facilitador de uma busca mais exaustiva e dialética de informações e visões de um tema em estudo.

Para o desenvolvimento do Currículo Integrado proposto para a primeira matriz curricular, os conhecimentos foram apresentados do geral para o específico, em níveis crescentes de complexidade e em sucessivas aproximações. Foi proposto também, uma sequência de conhecimentos e competências que definiriam os objetivos a serem alcançados.

Estabelecer uma proposta de mudança curricular para o Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC se constituiu tarefa desafiadora. O desafio estava relacionado à realidade da mudança a qual não se limitaria a colocar no papel ideias novas ou já elaboradas. Ao contrário, a mudança reveste-se infundável, transmuta-se em processo do qual se sabe seu início, porém, o percurso é longo e não se conhece seu fim. É desafiador por ser um processo coletivo e, portanto, de negociação constante e inclusiva de todos os seguimentos da comunidade acadêmica. Além disso, a mudança deve ser pensada aliada às complexas transformações sociais que vêm exigindo uma nova postura da universidade, mais flexível e mais ágil na construção de conhecimento, levando-se em consideração aqueles conhecimentos já estabelecidos.

Assim, no período entre o segundo semestre de 2006 até o primeiro semestre de 2007, de posse do relatório emitido pela primeira comissão de reconhecimento, muitas discussões foram efetuadas junto a Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, sobretudo com a coordenação de ensino acerca da operacionalização do modelo proposto para o currículo do curso de Enfermagem. Sabia-se que as respostas por parte dos acadêmicos eram muito positivas, no entanto, muitos questionamentos e entraves organizacionais permaneciam.

Assim foi que no segundo semestre de 2007 entra em maturação a proposta de repensar o modelo curricular por um outro, que dessa conta de responder aos problemas até então identificados. Sabia-se da necessidade de atualizar os conteúdos da matriz curricular, sobretudo inserindo as Atividades Complementares e disciplinas optativas na carga horária da matriz curricular, assim como, reorganizar o estágio supervisionado.

Esse processo perpassou todo o segundo semestre de 2007. Em 2008, a UNASAU realizou a análise da demanda para os cursos de graduação da área da saúde, quando se constatou que o curso de enfermagem poderia repensar seu turno de funcionamento, uma vez que havia muitas solicitações por um curso noturno. Esse período apresentou uma queda na demanda pelo curso vespertino e a inserção de outras instituições no cenário regional que ofertavam o Curso de Enfermagem no período noturno. No período relativo a 2007/2, 2008/1 e 2008/2 o número de ingressantes para o Curso de Enfermagem foi respectivamente 32, 31 e 29 alunos, segundo dados do Sistema Acadêmico da UNESC, ou seja, um número de ingressantes inferior ao número de vagas oferecidas.

De posse destas informações, no segundo semestre de 2008 forma-se a comissão para adequação da matriz curricular, de acordo com a Portaria Nº 08/2008 do Curso de Enfermagem, que passa então a pensar formalmente uma nova proposta pedagógica e de concepção curricular.

Ao constituir a Comissão de Adequação Curricular (CAC), uma questão foi formulada aos presentes na Assembleia constituída por docentes e discentes que a elegeu: iríamos propor adaptações e alterações no currículo vigente para resolver problemas já detectados ou realmente transformar a estrutura estabelecida? A opção recaiu unânime sobre a segunda proposta, ou seja, a de que o currículo deveria ser mudado e não apenas adaptado. A Comissão de Adequação Curricular (CAC) do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC foi constituída em maio de 2008 e iniciou seus trabalhos em junho, com a realização de reuniões destinadas, entre outros aspectos, ao planejamento das atividades.

De posse então das discussões efetuadas com a primeira comissão de reconhecimento, bem como, das observações do próprio relatório do reconhecimento, associado ao parecer dos professores, professores coordenadores de fase, coordenação administrativa do curso e dos próprios acadêmicos, constatou-se que o modelo modular respondia a necessidade de integração entre conteúdos e também de ruptura com a fragmentação hegemônica. No entanto, constatou-se também muitas dificuldades para operacionalizar este modelo, sobretudo nos aspectos relativos a necessidade de se trabalhar com pequenos grupos de acadêmicos, a lógica institucional com seu sistema acadêmico orientado para os cursos construídos por disciplinas e a configuração dos módulos que apresentavam

muitos conteúdos com uma carga horária muito pequena distribuída em diversos módulos.

Desse modo e considerando a necessidade de manter o curso no período noturno, para responder à demanda regional; o aumento da carga horária do curso para 4000 horas, para atender a resolução aludida; a inclusão na matriz curricular das atividades curriculares complementares com carga horária específica para este fim; a inclusão das disciplinas optativas, no interior da matriz curricular também com carga horária específica para as mesmas; a necessidade de calcular a carga horária do curso para hora de 60 min e 200 dias letivos, e a necessidade de organizar o currículo de modo a torná-lo operacional considerando os setores intra institucionais, dentre outros fatores é que a Comissão de Adequação Curricular do Curso de Enfermagem propôs ao colegiado do Curso a matriz curricular de número 2, que foi formatada em duas bases: uma primeira opção com a matriz curricular modular e uma segunda opção com a matriz curricular organizada por disciplinas integradas pelo seminário integrativo.

O CURRÍCULO ATUAL: A INTEGRALIDADE DO ATENÇÃO E DO CUIDADO COMO EIXO

Após amplas discussões, seguidas da análise de diversas formulações pedagógicas em diferentes instituições regionais e nacionais, associada a necessidade de efetuar uma atualização/adequação dos conteúdos o colegiado do Curso de Enfermagem, decidiu por unanimidade, modificar a matriz curricular de modular para disciplinas, porém disciplinas organizadas em torno de um eixo central da fase e **integradas por meio do seminário integrativo**. Definiu-se também, a permanência do professor coordenador de fase, porém, agora com a denominação de **professor articulador da fase**, a quem compete organizar a articulação entre as disciplinas da fase, considerando que as DCN para o ensino de Enfermagem sinalizam esta possibilidade ao mencionarem que “A organização do curso de graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.” (DCN, 2001).

Após o início das atividades acadêmicas com a primeira fase do curso já organizado por disciplinas e no período noturno, constatou-se que algumas

alterações/adaptações necessitavam ser efetuadas ainda nesta matriz. O colegiado do curso então, novamente reuniu-se para efetuar as adequações consideradas necessárias, sobretudo com relação a formatação das fases em torno de eixos centrais, adotando a integralidade do cuidado como norteadora, e elaborando a matriz curricular de número 3.

Essas avaliações foram decorrentes, sobretudo do fato que alguns docentes do curso envolvidos com a proposta de adequação curricular, participaram de eventos nacionais com a finalidade de debater questões ligadas à definição dos rumos do ensino da área da saúde e da enfermagem no país. Nestes eventos foi debatido e definido como fundamental para a atenção à saúde, o princípio da integralidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este debate influenciou a novas discussões da CAC sobre o projeto pedagógico, considerando que assumir a integralidade em um currículo consiste em afastar-se da hegemonia de saberes profissionais estabelecendo diferentes possibilidades interdisciplinares de ensinar e cuidar. Na formação em saúde é preciso ter muito cuidado para que as pedagogias de ensino não reforcem a fragmentação do sujeito em suas diferentes dimensões.

A formação pautada na integralidade possibilita uma postura fundamentada na visão integral, subjetiva e singular do viver humano que embasa o processo educativo e, conseqüentemente, as ações profissionais em seus diferentes espaços de atuação.

Este foi o caminho escolhido para a nova adequação curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC, caminho este delineado a partir das seguintes premissas e, sobretudo, considerando o que de bom e positivo havia na matriz anterior – modular:

- A mudança curricular é um trabalho coletivo que deve envolver toda a comunidade acadêmica, bem como a daqueles que atuam indiretamente na formação dos alunos;
- O estabelecimento da nova matriz curricular deve se pautar no conhecimento prévio compartilhado e acumulado nos diferentes tipos de currículo e nos fundamentos educacionais que os embasam;
- A construção e o desenvolvimento do projeto pedagógico deve ser uma prática educativa compartilhada, com troca de informações constantes;
- A integralidade do homem e da assistência no processo educativo é central nas discussões sobre o projeto pedagógico;

- Os princípios norteadores do projeto devem ser coerentes com o contexto da saúde brasileira, considerando as diretrizes apontadas pela política pública de saúde, porém mantendo um olhar crítico sobre as mesmas.

Com relação ao currículo organizado por disciplinas articuladas pelo seminário integrativo, entende-se que este modo permite um maior aprofundamento nos conteúdos, bem como, uma maior possibilidade de explorar diferentes cenários de aprendizagem.

Desde 2009, com a implantação da reestruturação curricular, as disciplinas são avaliadas sistematicamente por docentes e discentes.

A Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem promove encontros entre os docentes, organizando discussões sobre a integração e a interdisciplinaridade, o que propicia reflexões críticas, científicas e pedagógicas sobre as relações qualitativas do ensino, emergindo assim, propostas de melhorias. O referido curso tem uma organização que possibilita o desenvolvimento das disciplinas numa ordenação e sequência que percorrem desde a aquisição até a construção crítica e vivencial de conhecimentos, habilidades e atitudes, o que propicia a fundamentação das especificidades das Ciências da Saúde no campo da Enfermagem.

Tendo em vista as premissas e considerações apresentadas, a comunidade acadêmica do Curso de Enfermagem da UNESC, optou por um Projeto Pedagógico que tratasse a formação do enfermeiro sob a ótica da interdisciplinaridade, de modo a assegurar a integração teoria-prática e, ainda, a aproximação entre os saberes específicos, pedagógicos e profissionais.

Assim foi que, associando a realidade institucional, às necessidades da demanda regional pelo Curso de Enfermagem e a experiência acumulada do corpo docente e discente, optou-se pelo currículo organizado por **núcleos de aprendizagem, nos quais as diferentes disciplinas que compõem cada fase são orientadas pelo eixo da fase e integradas pelo seminário integrativo.** Este por sua vez, apresenta em todas as fases, a perspectiva da discussão do eixo central agregado a conteúdos específicos da fase. Por fim, compreende-se que, a metodologia adotada para conduzir o processo de ensino e aprendizagem associada a um processo organizado de articulação de disciplinas na fase é que poderá definir a integração curricular, e não somente a formatação do currículo em modular integrado, ou seriado por disciplinas integradas.

O Curso de Enfermagem, preocupado com a flexibilização dos componentes curriculares e com a integralização do curso, tem sua organização didático pedagógica estruturada de forma a atender a Diretrizes Nacionais, de acordo com o que orienta também o PDI da UNESC.

Na matriz curricular atual e, portanto, já reformulada/atualizada, o Curso de Enfermagem apresenta disciplinas equivalentes entre os cursos – as quais podem ser cursadas em outro curso e horário desde que apresentem a mesma ementa e a mesma carga horária; disciplinas optativas – a fim de dar oportunidade de escolha ao aluno conforme seu interesse e necessidade; disciplinas isoladas - tanto para a comunidade interna como para a externa, no caso de necessidade de aprofundar algum tema que julgue necessário à sua formação; disciplinas na modalidade semipresencial - de acordo com a legislação vigente (20% a distância), para atender as especificidades de algumas disciplinas; atividades complementares - oportunizando o acadêmico a ter outras experiências que complementem a sua formação referente a aspectos culturais, científicos e de cidadania; estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios - permitindo ao acadêmico vivenciar os conhecimentos apropriados ao longo do processo de formação bem como entrar em contato com a realidade da profissão escolhida. O Currículo do Curso de Enfermagem está organizado de modo a atender o preconizado pelo PDI da UNESC e em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

A matriz curricular atual é composta por 4227 horas de conteúdos gerais e específicos, incluindo disciplinas optativas e atividades curriculares complementares, organizado por disciplinas integradas por meio do seminário integrativo que perpassa todo o curso da primeira a nona fase.

A estrutura curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC é organizada em três núcleos de Aprendizagem, distribuídos ao longo dos nove semestres do curso, onde o estudante desenvolverá as atividades propostas:

Os núcleos de aprendizagem constituem três unidades de ensino-aprendizagem integradas e dispostas em complexidade crescente de abordagem dos conteúdos e denominadas de:

- 1. Construção do conhecimento em enfermagem (primeira, segunda e terceira fase)**
- 2. Instrumentalização para a enfermagem (quarta, quinta, sexta e sétima fase)**

3. Consolidação do processo de formação profissional em enfermagem (oitava e nona fase)

Cada um desses núcleos integra disciplinas que objetivam construir uma rede de conhecimentos, de modo a cumprir com os objetivos desses momentos parciais de aprendizagem. Estas disciplinas em cada fase, são integradas pelo seminário integrativo.

O eixo curricular é uma unidade longitudinal que perpassa todo o curso, composto por várias dimensões. Neste eixo objetiva-se o contato do estudante de forma contínua e articulada com seus respectivos componentes.

A dimensão central do eixo é a integralidade da atenção à saúde e está associada a seis dimensões temáticas que são: promoção da saúde, prática de enfermagem baseada em evidências, ciclos da vida no contexto social, gestão em saúde, ética e bioética, educação permanente em saúde.

O eixo é complementado pelas dimensões externas que são as Ciências biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e as Ciências da Enfermagem e o conjunto formado gera movimento que atua como força propulsora e integrativa para a construção do conhecimento nos diversos núcleos de aprendizagem.

a) Dimensão central do eixo curricular

A atenção à saúde é definida pelo Ministério da Saúde como o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento às demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos que são a assistência, as intervenções ambientais e as políticas externas no setor saúde.

Já a integralidade da atenção em saúde, conforme, PINHEIRO (2001), é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. Deveremos refletir sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no sentido âmbito do SUS. O segundo

conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços: o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

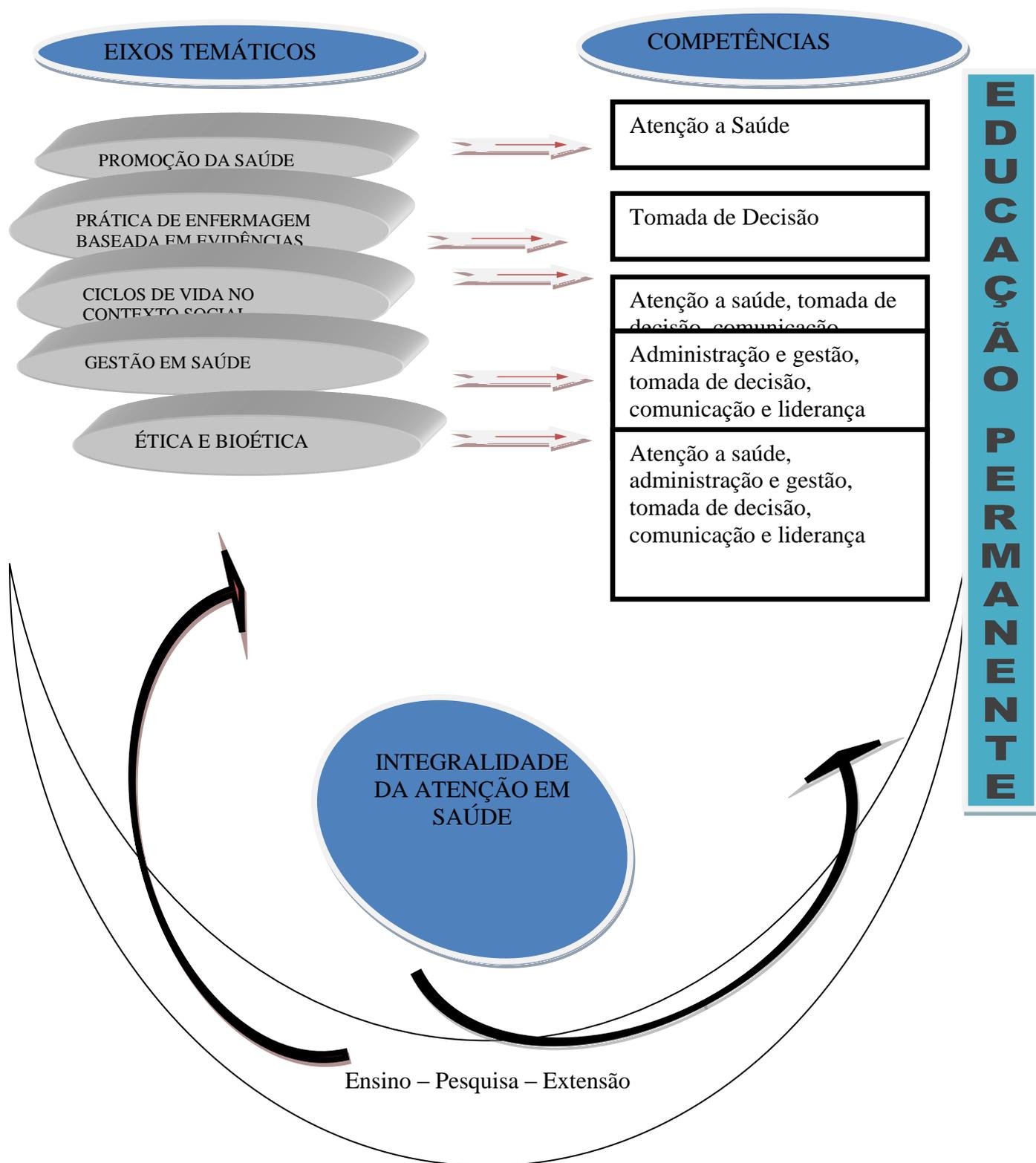
Nesse sentido, e associando ao proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Enfermagem, o centro do eixo curricular é composto pela integralidade da atenção em saúde, como forma de garantir que o tema norteia a formação profissional em enfermagem no referido curso de graduação.

b) Dimensões temáticas do eixo curricular

Cinco dimensões temáticas transversais foram definidas com o objetivo de nortear o desenvolvimento da estrutura curricular. Tais dimensões explicitam valores da prática profissional diretamente vinculados às competências gerais apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. São elas:

- ▶ Promoção da saúde,
- ▶ Prática de Enfermagem baseada em evidências
- ▶ Ciclos de vida no contexto social,
- ▶ Gestão em saúde
- ▶ ética e bioética.

O desenho a seguir relaciona cada dimensão temática com as competências gerais a serem desenvolvidas. Importante salientar ainda que a educação permanente em saúde acompanha todo este processo e que a proposta é integralização pela relação entre ensino, pesquisa e extensão.



Caracterizando-se como referenciais para a construção do conhecimento, tais dimensões fazem parte do eixo curricular e devem perpassar os componentes curriculares durante todo o curso, sendo pautados em cada disciplina de forma contínua e integradora.

A promoção da saúde amplia a perspectiva do pensamento analítico e crítico sobre a relação da saúde com determinantes socioambientais e aponta para a necessidade de centrar a atenção à saúde em princípios como a integralidade, a equidade, a intersetorialidade e a participação.

A prática do cuidado ampliado exige o conhecimento dos fatores relacionados ao contexto da vida no processo saúde e doença. É importante assim, considerar as especificidades dos momentos do ciclo vital por que passa cada indivíduo e o impacto disso no contexto familiar e grupal que podem interferir tanto na resolubilidade da atenção, na perspectiva da clínica ampliada, quanto em ações coletivas promocionais.

A gestão, administração e empreendedorismo são competências que devem ser desenvolvidas pelos alunos para atuarem com qualidade em sua prática profissional, nos diferentes locais em que estes estão inseridos, quer sejam públicos ou privados.

A ética e a bioética assumem hoje papel importante no contexto da atenção em saúde principalmente com o advento de novas técnicas e materiais e sua relação com a qualidade de vida. Além disso, sua inserção na estrutura curricular amplia o conceito de uma prática responsável, distante da ética meramente corporativa.

c) Dimensões externas do eixo curricular

Para que seja possível cumprir a proposta generalista, didático-estruturalmente, o currículo é composto pelas áreas das Ciências da Enfermagem, Biológicas e da saúde e humanas e sociais.

I - Ciências Biológicas e da Saúde – Os conhecimentos advindos da ciência biológica e da saúde integram todos aqueles que refletem os aspectos moleculares, celulares, estruturais e funcionais de tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, em condições normais ou patológicas, processos bioquímicos, microbiológicos, parasitológicos, imunológicos, hematológicos, toxicológicos,

genético-moleculares, da bioinformática entre outros. A apropriação dos conhecimentos destas áreas da ciência permite a seu ator realizar interações e reflexões, obter o entendimento do meio e, por meio de um embasamento científico, relacionar-se com problemas e buscar soluções relacionadas a amplitude do processo saúde – doença, individual ou coletivo, inseparável e/ou ligado ao exercício profissional do enfermeiro.

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. Nesta área, estão presentes os conteúdos curriculares referentes às áreas da sociologia, psicologia, ética e deontologia, os de caráter gestor administrativo e metodológico. Esses conteúdos, de modo semelhante ao que acontece com os que compõem outras áreas do saber, devem estar inseridos na realidade do profissional da enfermagem e comprometidos com sua formação, propiciando a formação de um indivíduo desenvolvido social e politicamente e que tenha entendimento e capacidade de interação no ambiente onde vive, tanto em nível individual quanto coletivo.

III - Ciências da Enfermagem - As ciências da enfermagem compreendem um braço da ciência, essencialmente composto por conhecimentos específicos do enfermeiro, nos quais processos humanísticos e de cuidado ganham importância. Contudo, as especificidades técnicas existentes na fragmentação desta ciência não trazem prejuízo e dispersão no momento da formação, já que não se desvia o olhar do caráter generalista desta. Sendo assim, retira-se de cena a visão essencialmente tecnicista para surgir a visão tecnológica, garantida pelo aspecto – teórico prático da formação, inserido, ainda numa matriz curricular trabalhada de forma integrativa. Compreende conteúdos relacionados ao Processo de Cuidar em Enfermagem nas diferentes fases/ciclos da vida incluindo a semiologia e semiotécnica, as teorias de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem. Neste tópico de estudo, incluem-se:

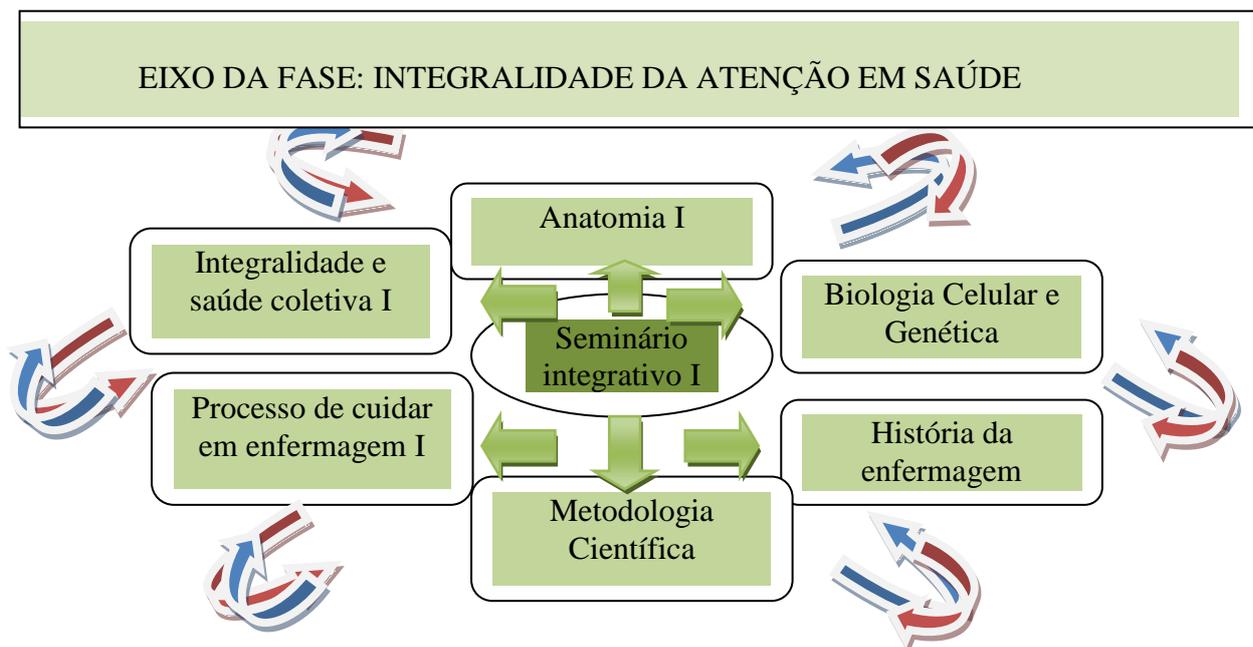
a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro.

Importante salientar que cada fase possui um eixo central sob o qual se organizam e distribuem as disciplinas a exemplo do que apresentamos a seguir:



Fonte: Curso de Enfermagem – UNESC (2009)

Esta é a lógica que perpassa a construção do conhecimento em cada uma das fases nos diferentes núcleos de aprendizagem, sempre num processo circular em que ocorre a interlocução das disciplinas entre si e destas com o seminário integrativo, ambos buscando atender ao eixo integrador da fase que é sempre a integralidade do cuidado e da atenção em saúde.

CONCLUSÃO

A avaliação atual do corpo docente sobre a matriz curricular atual é muito positiva e de que atende as necessidades pedagógicas da formação do enfermeiro conforme consta nas diretrizes curriculares nacionais, adotando como eixo central a integralidade da atenção e do cuidado em saúde. Entende-se que desta forma, o enfermeiro estará preparado para assumir seu papel de organizador do cuidado em qualquer área de atenção em saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema, sem perder a noção de que o centro deste cuidado é o ser humano.

O grande desafio na formação do enfermeiro é transpor o que é determinado pela nova LDB e pelas Novas Diretrizes Curriculares ao formar profissionais que superem o domínio teórico-prático exigido pelo mercado de trabalho, enquanto agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho.

Dentre as principais contribuições do novo currículo para a formação do enfermeiro pautada na integralidade da atenção e do cuidado em saúde estão:

a) forte inserção na comunidade quer seja por meio do ensino integrado ao serviço, quer seja pelos projetos de extensão que o curso possui e que foram motivados pelo novo formato curricular;

b) Maior possibilidade de articulação entre gestores, professores e alunos;

c) Maior articulação diálogo e reflexão entre teoria e prática, tanto nos conteúdos trabalhados em sala de aula quanto nos cenários de práticas em que é possível estabelecer este diálogo entre o aprendizado teórico e sua fundamentação prática. Este processo é construído a partir dos referenciais dos próprios acadêmicos que não são concebidos como sujeitos vazios, mas sim como sujeitos multirreferenciais que trazem consigo muitas e diversas concepções a serem exploradas no processo de ensino e aprendizagem.

d) A contextualização e a construção de significados durante o processo de aprendizagem, integrando teoria e prática, possibilita a reflexão e a teorização a partir da realidade prática concreta, como desenvolvimento de capacidades profissionais

e) Ampliação da capacidade do aluno em compreender a realidade com a finalidade de apontar soluções para os problemas identificados.

f) adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem tendo a problematização como um dos métodos potencializadores da aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa é aqui compreendida como aquela que permite a apropriação do real por parte do aluno e com isso, promover mudanças no cenário de práticas e em suas próprias concepções.

g) a prática da interdisciplinaridade quer seja nas atividades práticas quanto em projetos de extensão e pesquisa desenvolvidos. A interdisciplinaridade é, assim, um dos eixos estruturantes da Proposta Pedagógica do Curso de Enfermagem.

h) A matriz do curso de Enfermagem possui o seminário Integrador que objetiva a construção do conhecimento teórico articulado à prática; promovendo a interdisciplinaridade a integração dos conteúdos da fase e entre as fases.

i) matriz curricular articulada com as políticas de ensino visando à flexibilização do conhecimento, contextualização entre a teoria e prática, valorizando o conhecimento adquirido fora da sala de aula através de atividades complementares previstas no currículo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Portaria nº 1721, 15 dez. 1994. **Dispõe sobre a formação do enfermeiro de Graduação e revoga Resolução nº 4 de 25 de fevereiro.** 1972. Diário oficial (Brasília), nº 238, nº 19801, 1994. Seção 1.

_____. **Lei n.9.394 de 20 de dezembro de 1996.** Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional. Senado da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em: 22 outubro 2005.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Resolução nº 03 de 07 de novembro de 2001: Brasília.

BORBA, A. M., FERRI, C., HOSTINS, R. **Documentos norteados da Avaliação da Univali.** Mimeo. Itajaí, 2003.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, R.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS.

In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 163-174.

CHIESA A.M., NASCIMENTO, D.D.G., BRACCIALLI, L.A.D., OLIVEIRA, M.A.C., CIAMPONE, M.H.T. **A Formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde**. Cogitare Enferm. 2007 Abr/Jun; 12(2):236-40

FELIPPE, K.C., ALBUQUERQUE, V.S., TANJI, S., SILVA, C.M.S.L. **Ateliê do Cuidado**. A integralidade do cuidado sustenta o novo currículo do curso de Enfermagem do UNIFESO disponível em http://www.lappis.org.br/download/viiseminario/livrosatelies/livro_atelies_cap19.pdf acesso em 02 de outubro de 2011

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

SILVA, Kênia Lara and SENA, Roseni Rosângela de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.4 [cited 2011-10-02], pp. 488-491 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400002>.

ROSSONI E, LAMPERT J. **Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares**. Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004

SACRISTÁN, I.G.; GOMES. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA K.L., SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(1):48-56. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp

PIMENTA, Selma Garrido; GHEDIN, Evandro. (orgs) **Professor reflexivo no Brasil – gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Cortez, 2002.

VEIGA NETO, A.J. **A ordem das disciplinas**: Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2003.

A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA DEPRESSÃO PUERPERAL

Sandra Dominguni Darolt

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família (PRMSF) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. Endereço eletrônico: sandraddarolt@hotmail.com

Simoni Leal Justo

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Unesc. Endereço eletrônico: simonijusto@hotmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Tutora do PRMSF - Unesc.
Endereço eletrônico: ionavieira71@hotmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde. Coordenadora do PRMSF - Unesc.
Endereço eletrônico: lucianeceretta@hotmail.com

Ida M. Stophel Machado

Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher - Unesc
Endereço eletrônico: idams@unesc.net

Karina C. Gulbis Zimmermann

Enfermeira MSc em Enfermagem. Esp. em Saúde da Família e Metodologia do Ensino Superior – Unesc
Endereço eletrônico: karina@unesc.net

RESUMO

Estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva, com objetivo geral de identificar a percepção do enfermeiro sobre depressão puerperal na Estratégia Saúde da Família- ESF- em Criciúma, SC. Participaram da pesquisa dez enfermeiros de unidades Estratégia Saúde da Família, em idade entre vinte e três a cinquenta e dois anos. Com experiência em saúde da família de seis meses a dez anos. A coleta de dados deu-se a partir de entrevistas semiestruturadas com cinco questões fechadas e vinte e duas abertas. Respeitaram-se os aspectos éticos da resolução 196/1996. Como resultados: Surgiram diferentes formas de entendimento dos enfermeiros entrevistados sobre depressão puerperal e suas causas, o que pode levar a adoção de diferentes atitudes no cuidado com a puérpera. Os enfermeiros não possuem registros dos casos de depressão puerperal em sua área de abrangência; Aceitação da realização da roda de discussão com entrega do material educativo e sugestão da (EPDS) Escala de Identificação da Depressão Puerperal para auxiliar na detecção precoce da depressão puerperal.

Palavras-chave: Depressão Puerperal; Cuidado de Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Qualitative study of the descriptive type, aiming to identify general perceptions of nurses about postpartum depression in the Family Health-ESF-in Florianópolis, SC. Participated in the study included ten nurses from the Family Health Strategy, at age twenty three fifty-two years. With experience in family health for six months to ten years. Data collection took place from semi-structured interviews with five closed-ended questions and twenty-two open. Respecting the ethical aspects of the resolution 196/1996. The results: There were different ways of understanding of nurses about PD and its causes, which can lead to adoption of different attitudes in the care of postpartum .. The nurses do not have records of cases of postpartum depression in their service area; acceptance of the completion of the wheel of discussion with the delivery of educational material and suggestion (EPDS) Scale Identification of Postpartum Depression to assist in early detection of PD.

Keywords: Postpartum Depression; Nursing Care; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A depressão puerperal conforme Bárbara & Parry (1999) é um transtorno psiquiátrico que pode ocorrer de forma branda a severa com início de maneira traiçoeira a começar na segunda ou terceira semana do puerpério, é capaz de desenvolver-se de maneira lenta e perdurar por meses até atingir um grau de severidade culminante ou se consiga a melhora.

As Unidades de Estratégia Saúde da Família (UESF) fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) como referência na Atenção Primária de Saúde (APS) e a inserção do usuário ao sistema, sendo a porta de entrada no atendimento. Por conseguinte o enfermeiro deve estar preparado para trabalhar na identificação e direção das diferentes demandas, essencialmente nas questões de cunho psicológico, no qual são capazes de se camuflarem entre as intercorrências clínicas, dificultando assim o diagnóstico e tratamento no tempo adequado. (SILVA & BOTTI, 2005).

Cruz, Simões & Faisal-Cury (2005) constataram a importância do uso de um instrumento para o rastreamento da depressão puerperal possibilitando assim a identificação de depressão e o encaminhamento necessário para o médico da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) ou especialista que decidirá o tratamento apropriado conforme a amplitude dos sintomas existentes.

Devido a formação generalista do enfermeiro e a especificidade do tema em questão, entende-se a necessidade de colaborar na identificação da Depressão Puerperal pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, a fim de diminuir a incidência e as complicações decorrentes da depressão Puerperal e os prejuízos que esta patologia proporciona na vida da mulher, do recém-nascido e na família como um todo, sendo este assunto de grande interesse para saúde pública.

Diante dessa reflexão surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a percepção do enfermeiro sobre Depressão Puerperal na Estratégia Saúde da Família em Criciúma SC?**

O presente estudo torna-se relevante para a profissão do enfermeiro na promoção da saúde das puérperas e familiar da mesma, com a investigação pode-se propor estratégias de atuação eficazes na detecção precoce e acompanhamento adequado da depressão puerperal.

Como objetivo geral: Identificar a percepção do enfermeiro sobre Depressão Puerperal na Estratégia Saúde da Família em Criciúma SC.

Como objetivos específicos: Reconhecer as fontes de informação sobre depressão pós-parto que o enfermeiro utiliza em seu cotidiano; Identificar os casos de depressão pós-parto ocorridos nos últimos dois anos segundo os registros do enfermeiro; Reconhecer o cuidado que o enfermeiro da UESF desenvolve com as puérperas de sua área de abrangência; Propor material educativo (folder) para as equipes de ESF utilizarem nas oportunidades de educação em saúde durante o acompanhamento pré-natal.

APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA

Saúde da Mulher e a Depressão Puerperal

Sendo a Unidade estratégia Saúde da Família (UESF), focada nas ações onde o sujeito está integrado a família e a comunidade, percebe-se o diferencial e a relevância de suas atuações, uma vez que, a solução do problema parte da identificação dos fatores de risco, atacando diretamente na sua origem e trabalhando em conjunto com as diversas esferas da saúde. Com isso a UESF torna-se estratégia significativa para a transformação do modelo assistencial propondo uma melhor qualidade de vida à comunidade.

A mulher no período da gestação, parto e puerpério, passa por uma etapa em sua vida que lhe confere uma experiência única a cada experiência vivida, contribuindo para o crescimento de seu relacionamento afetivo familiar, emocional e pessoal. “Por outro lado, pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis, podendo, até, resultar em quadros de depressão puerperal”. (MERIGHI, GONÇALVES & RODRIGUES 2006, p.775).

Segundo Soares & Varela (2007) os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do período puerperal são estudados e direcionados para a ideia de momentos no qual ocorrem consideráveis transformações psíquicas.

O organismo materno sofre com as modificações durante todo o espaço de tempo entre o início da gestação, parto e puerpério. Neste delicado período pode acometer-se de patologias que venham a prejudicar a recuperação da puérpera e em consequência atrapalhar no desenvolvimento de seu cuidado e do bebê.

No pós-parto a mulher está sensível em seu estado físico e emocional, pois as atenções antes direcionadas a ela agora são quase que exclusivamente do recém-nascido. Aderindo a Santos (2002), sabe-se que as alterações hormonais que acontecem no corpo da mulher neste período acarretam em mudanças no seu estado físico e psíquico.

Quanto à adaptação psicológica da puérpera, Gerk (2006) pontua que são comuns as mudanças de humor devido às alterações hormonais, conflitos sobre o papel materno, insegurança pessoal perdas anteriores de fetos ou gestações sem sucesso, desconforto físico, cansaço. Podendo assim passar por períodos temporários de tristeza e choro por qualquer motivo. Não se caracterizando uma depressão puerperal.

Desta forma ao se pensar em assistência a puérpera deve-se considerar toda sua trajetória até este momento de sua vida, seus sentimentos quanto a este episódio, aceitação, o ambiente em que lhe espera na volta para casa e as possibilidades de autocuidado.

A depressão Puerperal no olhar de Zanotti et al (2003, *apud* SILVA & BOTTI, 2005, p. 234) “É um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto”.

Esta fase pode se estender, uma vez que a mulher se torna sentimentalmente abalada pelas mudanças ocorridas, desenvolvendo um quadro de

ansiedade normal para este momento, muitas vezes a deixa confusa e desencadeia reações de desânimo interferindo em sua qualidade de vida e conseqüentemente de sua família. (GERK, 2006)

Os principais fatores de risco psicossociais relacionados com a depressão no puerpério podem estar relacionados com a idade inferior a 16 anos, antecedência de transtorno psiquiátrico, passagem por episódios estressantes nos últimos 12 meses, casamento conflituoso, estar solteira ou divorciada, a situação financeira e o pouco suporte social. Fatores hormonais e hereditários podem estar envolvidos na etiologia da depressão puerperal. (CAMACHO et al, 2006).

O tratamento da depressão puerperal baseia-se na farmacologia, psicoterapia e em casos extremos quando não respondem aos fármacos antidepressivos é usado a eletroconvulsoterapia. São métodos usados em pessoas com transtornos psíquicos em outras fases da vida. Neste período é importante a abordagem psicoterapêutica que envolva a puérpera e seus familiares, para inserção e entendimento desta nova fase, a fim de planejar e reformular as ações a serem trabalhadas para adequação e aceitação da realidade e possíveis intervenções necessárias para a terapêutica. (ROCHA, 1999; ZANOTTI et al 2003 *apud* SIVA & BOTTI, 2005).

No processo de cuidar da enfermagem o olhar deve estar direcionado a todo e qualquer modificação nos sinais e sintomas clínicos e também na expressão que a puérpera traz em seu semblante, suas queixas, qualquer alteração que possa contribuir para abalar sua estrutura e prejudicar seu autocuidado e de seus dependentes.

A nobreza dos cuidados de enfermagem não está somente na intervenção de enfermagem aplicada, mas sim, na sensibilidade do cuidado com respeito, e de forma que transmita segurança para que esta mulher que do cuidado dependeu, sinta a valorização do “ser humano” e saia fortalecida de conforto e informação para exercer o cuidado em seu cotidiano.

Contudo a assistência de enfermagem deve integrar um conjunto de ações a serem planejadas, executadas e constantemente avaliadas nos diferentes períodos do puerpério. Devendo a assistência de enfermagem realizada, dispor de um atendimento individualizado e integral a puérpera, observando aspectos de diferentes dimensões (física, psíquica, social, cultural e espiritual). Onde se deve atenção: a história de vida da puérpera, valores, experiências, crenças, costumes e

anseios; o tipo de parto; o período do puerpério; as modificações locais e sistêmicas; estabelecimento da relação mãe-filho e familiares. (SANTOS, 2002)

Sendo assim, percebe-se a importância da abordagem centrada na pessoa, de maneira que a mulher sinta-se a vontade para falar de si e se sinta valorizada e ouvida, pois, saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, essa capacidade pode ser decisiva para a elaboração de um diagnóstico de enfermagem adequado. (BRASIL 2005).

Com isso sabe-se que o processo do cuidar em enfermagem não pode ser baseado tão somente nos sinais e sintomas clínicos da doença, mas em todas as variações que são inerentes dos seres humanos e de alguma maneira altera o contexto na qual está inserido.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada se caracterizou como sendo de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e de campo.

Realizou-se em 10 Unidades Estratégicas Saúde da Família (UESFs) do município de Criciúma. O referido município possui cinco regionais de saúde e as unidades participantes deste estudo foram duas de cada regional de saúde.

Participaram deste estudo 10 enfermeiros sendo, 2 (dois) de cada regional de saúde que foram sorteados aleatoriamente. Os enfermeiros sorteados foram contatados via ligação telefônica e no caso da não aceitação o sorteio foi realizado novamente.

A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada individual, dirigida por roteiro pré-estabelecido com o enfoque na percepção, conhecimento e atitudes do enfermeiro frente a possibilidade de uma depressão puerperal.

RESULTADOS

Os dados serão apresentados textualmente, onde, as categorias são os subitens (Subitem 7.1 significa categoria 1; 7.2 categoria, 2 e assim sucessivamente), as subcategorias surgem no texto destacadas em itálico e em

negrito. A análise foi realizada com a técnica de análise de conteúdo, a luz dos estudos científicos disponíveis.

Caracterização da Amostra

Quanto a caracterização da amostra percebeu-se que os enfermeiros entrevistados têm **idade** entre 23 e 52 anos, com **tempo de formação** variando de 1 a 29 anos. O **tempo de experiência em UESF** é de 6 meses a 10 anos, sendo que 5 possuem **especialização** em saúde da família/coletiva/pública, 2 em gerência de Unidades Básicas (GERUS), dois estão cursando administração hospitalar, um nefrologia, um saúde mental e um não possui especialização.

Depressão Gestacional

Segundo Pereira & Lovisi (2007 p. 145) autores por eles citados dão ênfase ao afirmar que a depressão gestacional é o “principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação”.

Os entrevistados afirmam conseguir detectar uma Depressão Gestacional por meio do **relato das mulheres e planejamento da gravidez**. Como ilustra a fala abaixo:

Eu consigo. Já na primeira consulta, pergunto se é desejada, elas se abrem e falam tudo, se foi acidente, se não querem a criança.(E1)

Citaram fatores predisponentes e não somente sintomas, como: a **não aceitação da gravidez, punição pela gravidez, desconforto familiar e gravidez na adolescência**. Os sintomas foram: **choro, ansiedade, medo, alteração no sono e apetite**.

Acredito que seja como outra depressão em qualquer fase da vida, choro constante isolamento, dorme demais ou insônia, come demais ou para de se alimentar, ansiedade (E9).

A **não aceitação do bebê** foi mencionada como um dos pontos primordiais na hora da avaliação.

Dá para reconhecer. Já tive uma que tive que encaminhar. Não aceitava o bebê. Fez crise hipertensiva. Sempre negando a gravidez. Sempre se punindo pela gestação. (E4)

Comenta ainda que a gravidez não planejada ou não desejada possa vir a desencadear estresse e sentimentos de culpa. A dependência de drogas ilícitas, tabacos ou bebidas alcoólicas, bem como histórias de violências domésticas, são fatores importantes no momento da investigação e cuidados à mulher. (PEREIRA & LOVISI, 2007)

Depressão Puerperal

No relato de caso Zambaldi, Cantilino & Sougey (2008) comentam que no Brasil a taxa de prevalência de DP varia entre 12 e 37,1%.

As várias subcategorias denotam as diferentes formas de entendimento dos enfermeiros entrevistados sobre DP e suas causas, o que pode levar a diferentes atitudes que são adotadas no cuidado com a puérpera.

Os enfermeiros entrevistados relacionaram o conceito de depressão puerperal com **problemas hormonais**, **hereditariedade** e a **sensibilidade** da mulher neste período como destacam-se as falas a seguir:

Um estágio em que a mulher fica mais sensível. (E1)

Toda mulher passa por um período de depressão nos primeiros 7 dias, no período de adaptação que pode ser por problemas hormonais, [...], hereditariedades. (E2)

E2 entende que a DP acontece por vários fatores relacionados aos **cuidados dispensados a mulher no momento do parto** podendo ser determinante para desencadear uma depressão.

No meu ponto de vista o momento crucial é na hora do parto, onde aparecem os medos, as dúvidas. E muitas vezes não se encontra o parto humanizado, não se encontra pessoas que a tratam com carinho. Este momento é onde toda sua fragilidade vem à tona. (muitas vezes as mulheres servem de cobaias, passando por várias mãos de estagiários, são mandadas pra cá e pra lá). Falta sensibilização por parte dos profissionais. Falta humanização. Falta percepção deste momento que a mulher está passando que é dar a Luz. Muito tecnicismo. Esquecem do ser humano. Esquecem que quem está ali é uma mulher. Não é regra, mas a maioria. (E2)

O **sentimento de vazio no pós-parto** e a **tristeza materna** foram relacionados como causadores de profunda ansiedade na mulher. Citam-se as falas:

Aquele sentimento de vazio com a expulsão do bebê. (E2)

A questão da tristeza materna está incluída e a sensação de vazio é causa de tristeza. (E4)

Confirmando as falas dos enfermeiros entrevistados Guedes-Silva & Moreira (2003) afirmam que a mulher sai do momento do parto confusa, com sensação de terem arrancado algo precioso que fazia parte de si mesma. Tanto quanto na morte, o nascimento também é uma separação corporal definitiva. Este significado pode angustiar se caso não for bem preparado, podendo resultar em uma depressão muito intensa à puérpera: o parto é vida e também é morte.

A gravidade da tristeza materna é evidenciada em estudos realizados por Ruschi et al (2007, p. 276) mostrando a importância da observação constante à puérpera com a constatação de que “a tristeza materna é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50% a 80%, sendo considerada fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto”.

Os entrevistados afirmam conseguir detectar uma DP por meio do **relato das mulheres, planejamento da gravidez, autocuidado e cuidado com o bebê, envolvimento dos familiares, consultas de enfermagem e o trabalho do ACS**. Como ilustram as falas abaixo:

Eu consigo. Já na primeira consulta, pergunto se é desejada, elas se abrem e falam tudo, se foi acidente, se não querem a criança. (E1)

Por meio da conversa e quando há alguma suspeita é conversado com a família para saber os sintomas que está apresentando, porque geralmente elas próprias não admitem. (E9)

Por meio das consultas de enfermagem, das conversas, das ACS. (E10)

Quando perguntados sobre o conhecimento dos sintomas da DP, o mesmo aconteceu, sendo que emergiram das falas, os fatores predisponentes: a **não aceitação da gravidez** e o **descuido à criança** com demonstração de **indiferença**, mencionados por todos os enfermeiros entrevistados. Como ilustra a fala abaixo:

Não aceitação da criança e dela mesma, não querer amamentar, choro. Larga a criança a Deus dará. Fica com emocional abalado (E8).

Os sintomas mencionados foram: a **falta do autocuidado, choro, ansiedade, agressividade, impaciência, e medo**. Sendo visto por alguns

entrevistados os mesmos sintomas na gestação e pós-parto, como também são em outras fases da vida. Os entrevistados dizem que a mulher quando depressiva:

Deixa de amamentar, tem mulher que afoga o bebê no travesseiro, vivem alucinadas, fazem qualquer coisa, abandona o bebê. (E2)

Do que eu já peguei é assim... Ela não dá atenção à criança, fica chorosa, impaciente, autocuidado não existe ou é muito básico (banho vacina, higiene e cuidados do bebê). Aparência mais depressiva, mais caída, descuido na alimentação. (E7)

Percebeu-se que os sintomas mencionados são baseados nas experiências observadas no cotidiano, principalmente àquelas que lhes chamavam mais atenção.

O quadro clínico da DP segundo Cruz, Simões & Faisal-Cury (2005) caracteriza-se por humor depressivo, anedonia (falta de prazer em realizar tarefas que lhe eram agradáveis), alteração significativa do peso, anorexia, falta de concentração, cansaço, sono excessivo, insônia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa podendo em estágios mais avançados ter aparecimento de ideias de morte do bebê ou suicídio.

Conforme confirmam Silva & Botti (2005, p.235), a causa da DP “não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no diagnóstico e terapêutica da DPP, portanto, uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos.”

Cuidado à Mulher na Depressão Puerperal

No questionamento sobre o sentimento de capacidade do enfermeiro, surgiram: **sente-se capacitado** e **não se sente capacitado** para exercer os cuidados à mulher com DP.

Considerando que quatro dos enfermeiros entrevistados responderam sentir-se devidamente capacitados, sendo que destes, três estavam em sua primeira experiência em UESF, onde um possuía 2 anos e dois possuíam seis meses de trabalho. Com tudo E6 diz que:

Sim, mas com apoio da equipe, médico, psicólogo e ACS para as visitas e os acompanhamentos.

Seis entrevistados disseram não possuir a capacidade que o enfermeiro deveria ter para resolver as questões relacionadas à DP. Dentre eles cita-se as falas a seguir:

Eu creio que a gente teria que ter uma capacitação maior em relação a isso. Porque eu tenho certeza que quando acontece comigo ou com outros profissionais de enfermagem, quando chega até o enfermeiro, que a gente percebe a pessoa já está no estágio depressivo maior. Encaminho para o psicólogo ou para o clínico encaminhar para o psiquiatra. Mas... O enfermeiro mesmo sabe bem pouco. (E1)

Não. Tem os cuidados que agente nota observa, mas não da forma que deveria ser, (...) vejo que algo mais poderíamos fazer. (E9)

Evidencia-se a dificuldade no momento da tomada de decisão, tão problemática torna-se uma situação de DP e a carência de serviços direcionados para estas situações.

Observou-se que o principal meio utilizado pelos entrevistados para detectar possíveis riscos de DP é o diálogo, com o próprio relato da paciente, bem como na tentativa de estabelecer o cuidado, por meio da sensibilização e orientação.

As facilidades elencadas pelos entrevistados para cuidar da mulher com DP foram: as **orientações realizadas no pré-natal**, o **grupo de gestantes** e o **trabalho em equipe**. Comprovam-se nas falas abaixo:

Com relação às dificuldades encontradas para cuidar da mulher com DP, surgiram: **falta de conhecimento; falta de capacitação; a falta de um protocolo**; para guiar-se na hora da consulta e a **falta de tempo** para resolver os problemas com mais qualidade e maior resolutividade; o problema de **áreas descobertas; mães que não retornam para o bairro após o parto; depressão oculta**.

Apresentam-se alguns exemplos com as falas abaixo:

Duas microáreas estão descobertas e eram dois ACS muito bons (...) e agora, se acontecer algo eu só fico sabendo se a família detectar, por que não está tendo um acompanhamento contínuo. Falta conhecimento e capacitação. Deveria ter mais informações sobre isso, a falta de um protocolo que indique os sinais, sintomas algo que facilite a identificação, como tem para as outras doenças para nos ajudar. (E9)

Geralmente aqui as puérperas são adolescentes, vão para a casa da mãe e quando voltam pra usar a unidade a criança já está engatinhando quase andando. Na época da quarentena que seria o momento da detecção se perde (o vínculo). Falta de um protocolo para detectar a depressão pós-parto. Falta de capacitação maior do enfermeiro sobre a depressão puerperal. (E1)

Silva & Botti (2005, p. 237) corroboram quando dizem que o enfermeiro competente tem a obrigação de estar “preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem psicológica capazes de se camuflarem em intercorrências clínicas e dificultando assim o diagnóstico e tratamento adequado”.

Percebe-se que os enfermeiros entrevistados encontram maiores dificuldades do que facilidades no trabalho desenvolvido com a puérpera. Mostra-se nesta categoria a necessidade do trabalho em equipe e da realização de capacitações para a efetivação dos cuidados devido a sensação da falta de conhecimentos relatados pelos entrevistados, conforme observa-se a pontuação numérica.

Na categoria quanto aos cuidados para evitar complicações decorrentes da DP, pontuou-se: sete relatos do **acompanhamento** e **visitas domiciliares** e **encaminhamento** para outro profissional; cinco falas sobre os **grupos de gestantes e as orientações no pré-natal**; foi citado por três vezes a **conversa** e o envolvimento do **marido e família**; foram lembrados por duas vezes disponibilizar **maior tempo** a puérpera; **melhor atendimento da equipe** na unidade, **saber observar, incentivar a amamentação** e o **autocuidado** apareceu uma vez durante as entrevistas.

Conforme E1 os grupos de gestantes e as orientações durante a gestação são muito importantes para a troca de experiência entre as gestantes. E diz também:

Deveria fazer mais visitas domiciliares a estas puérperas, ter um tempo mais disponível, porque o enfermeiro é muito serviço burocrático e para assistência sobra pouco tempo. (E1)

Para amenizar as complicações E2 expressa a necessidade da colaboração e da presença da família desde o pré-natal com um acompanhamento maior dos profissionais da saúde. E complementa:

A conversação e orientação para ela, marido e família desde o pré-natal. Fazer um acompanhamento maior à puérpera. Tem que saber observar o todo (E2).

Corroborando com a pesquisa, Catafesta (2007) diz que a falta de informação e de orientações podem aumentar as tensões e frustrações da mulher com relação às expectativas por elas vivenciadas neste período. Cabe ao enfermeiro

preparar a gestante em seu pré-natal esclarecendo e tranquilizando-a para a passagem dos episódios do parto e puerpério com maior adaptação as mudanças.

Contudo, se alguns cuidados como questionamentos rotineiros, aliado as visitas constantes no atendimento primário à puérpera, poderiam ser eficazes para identificar mulheres com risco de ter DP. Juntamente com a história pregressa da mulher e familiares na busca de antecedentes psiquiátricos e a história de vida atual, suas dificuldades, angústias, seu estado de humor e o ambiente em que vive. (ZINGA, PHILLIPS & BORN, 2005).

Relatos de Casos de Depressão Puerperal

Em relação aos registros dos casos de DP, os enfermeiros entrevistados responderam em sua maioria **não possuir registros**, ou quando o constam em prontuário é devido a um encaminhamento para outro especialista. Os que **possuem anotações** referem-se às consultas de enfermagem realizadas a puérpera e o RN. Como mostram as falas abaixo:

Até tem ali no prontuário dela, mas é a consulta de RN e puérpera que fiz no quinto dia. Até eu tenho o “questionário” e “ele não pergunta nada” sobre depressão. Pergunta o estado geral da puérpera. Tudo era alegria no quinto dia, estava aqui fazendo o teste do pezinho bem feliz e agora a mãe disse que ela anda depressiva e chorona. Só se a psicóloga tem, mas eu não. (E1)

Este caso da puérpera de 18 anos eu registrei no prontuário e as demais consultas são registradas no registro das consultas de puerpério. (E10)

Percebe-se nestas respostas que não se consegue fazer um controle dos números de casos de depressão que acometem as mulheres no puerpério.

Considerando os poucos registros realizados e os muitos casos relatados de DP nas áreas de abrangência da UESF já trabalhadas, pode-se analisar conforme estudos realizados com um grupo de enfermeiras que atuam no ciclo gravídico-puerperal nas instituições de uma cidade de São Paulo, onde Gardenal et al (2002) constata um número de 56,7% das enfermeiras atuantes relataram desenvolver a assistência puerperal de maneira eventual. Referindo estes dados à falta de ligação entre os períodos pré e pós-natal e a carência do retorno das puérperas às unidades.

E1 afirma ter vários casos onde muitos não são detectados pela enfermagem nem diagnosticados pelo médico no período puerperal, sendo que no decorrer dos meses se sabe da depressão pelos familiares ou por ela própria que vem até o enfermeiro. Comenta um recente caso:

Uma a mulher de 22 anos com um bebê de cinco meses me procurou para conversar. Muito chorosa e dizendo que não tinha mais vontade de viver, falava até em separação do marido e pesando 120 quilos. Encaminhei para o clínico da unidade, este encaminhou para um endócrino ou um nutricionista. Foi orientada para procurar um gastro para uma possível redução do estômago. (E1)

Quando questionado a atitude tomada pelo clínico e por ele em questão do estado emocional da mulher, respondeu:

Pro estado psíquico ele não fez nada. O que ele fez foi pedir um eletro para depois encaminhar para um neuro. É em momentos como estes que percebemos como não sabemos que atitude tomar. (E1)

Percebe-se então a confusão e o despreparo sentido pelos entrevistados no atendimento do paciente com problemas emocionais ou psíquicos. Evidencia-se a falta de detecção da depressão em seu estágio inicial.

Casos como estes demonstram a necessidade do trabalho em equipe, começando desde o pré-natal, com o momento do parto, a hospitalização, se estendendo no puerpério, no domicílio, onde a atenção deve ser de forma individual e contínua.

Segundo a literatura pesquisada constata-se que a DP pode acontecer até sete meses após o parto. Sendo assim, um cuidado monitorado do humor no primeiro ano após o parto é crucial, principalmente em mulheres com histórico de DPP. (ZINGA, PHILLIPS & BORN, 2005).

A próxima fala mostra a gravidade da doença quando chega a estágios mais severos:

Eu lembro de uma mulher que já havia sofrido depressão antes, se mostrou muito agressiva, só chorava, abandonou casa, família tudo. (E9)

Comprova-se o prejuízo à família acarretado pelo não tratamento adequado da depressão, que com o episódio do parto reincidiu de maneira agressiva. Como demonstra Silva e Botti (2005) ao ressaltar que histórias de depressão na família ou antecedentes pessoais de depressão tanto fora do pós-

parto como no pós-parto, constituem-se em fatores de risco merecedores de atenção no controle e detecção da DP.

E10 comenta alguns fatos que chamaram sua atenção na sua área de abrangência:

[...] tivemos um caso diagnosticado pelo médico [...], uma puérpera de 18 anos. Temos outra que está na gravidez e está negando o filho por ser homem, anda tristonha. Outras foram realizadas um cuidado mais de perto por apresentarem alguns sintomas que consideramos risco, mas não tivemos notícias de ter evoluído para uma depressão puerperal. Pode ter havido casos que também não tenha chegado até nós, de repente a DP pode ter acontecido posteriormente aos acompanhamentos realizados. (E10)

Para confirmar esta fala Pereira & Lovisi (2007, p 149) dispõe da informação de que “a frequência de depressão tende a ser mais alta entre as grávidas adolescentes do que em gestantes adultas”.

Corroborando com a pesquisa Catafesta et al (2007), diz que o trabalho de parto juntamente com o período de hospitalização pode acentuar o medo e a ansiedade sentidos pela gestante. Ainda expressa que este evento de transição exige da mulher um domínio dos diferentes papéis a serem desempenhados, sendo que cada uma possui um enfrentamento de forma diferente. O acompanhamento e o cuidado do enfermeiro nesta trajetória tornam-se fundamentais na assistência desta fase transacional.

Educação em Saúde

As informações sobre a DP foram obtidas basicamente na **graduação**, na **vida prática** e em **pesquisas**. Salientou-se a pouca informação obtida na graduação e o grande aprendizado que se consegue com o dia-a-dia.

Sobre as oportunidades de educação em saúde, os entrevistados foram unânimes em afirmar que: **nunca tiveram nada específico** disponibilizado pelos serviços de saúde, relatam ter participado de várias sensibilizações que falavam da saúde da puérpera e ressaltam:

Até hoje não vi nada específico sobre este assunto, se for atrás se acha informação com os médicos, mas oferecido não. (E10)
Infelizmente não, de cuidados com a puérpera sim, mas não falavam nada de depressão. (E5)

Contestando a realidade da pesquisa, mostra-se a importância da educação permanente para a capacitação dos profissionais comprometidos com a qualidade do trabalho oferecido quando em conformidade com a realidade da situação da saúde em que se encontra a comunidade.

Sendo ela possível, quando o objetivo é buscar a atualização do conhecimento teórico e prático, com finalidade de inovar e prover a atualização do trabalho. Tendo o comprometimento da instituição de saúde juntamente com o profissional participando do planejamento e desenvolvimento de ações de educação permanente. (PERES & CIAMPONE, 2006).

Tema da Pesquisa

Para analisar a aceitabilidade e o grau de importância demonstrada pelos enfermeiros entrevistados, a pesquisadora incluiu uma pergunta sobre a opinião dos mesmos acerca da pesquisa aplicada e o impacto causado pela abordagem do tema, Depressão Puerperal.

As respostas demonstraram que o tema abordado pela pesquisadora **despertou o interesse** e aguçou a preocupação dos entrevistados para com as mulheres no período pós-parto.

Nas falas abaixo se comprova a preocupação com a melhoria do atendimento e a percepção da falta de conhecimento para a realização da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

E a gente com este teu projeto estar levando a secretaria para estar discutindo mais esta questão. Até porque hoje em dia tem muito (não sei se e porque é mais diagnosticado), mas é o que mais a gente tem é a depressão, e às vezes passa despercebido ou sem um acompanhamento adequado. Às vezes é porque aparece mais lá na frente e não se tem mais aquele vínculo. (E7)

Muito interessante. Como tu tá vendo, não tem um protocolo instituído, não tem capacitação, não tem um preparo maior para nós estarmos fazendo isso. Quando a gente é pego de surpresa que a gente vê que falta o preparo, por isso é muito interessante, porque na faculdade e bem pouco, quase nada. (E1)

Percebeu-se nas respostas que este tema foi pouco ou nunca foi trabalhado entre os enfermeiros entrevistados. Demonstrando as limitações sentidas

por alguns enfermeiros, apesar da grande experiência, em se falar e trabalhar a DP no dia-a-dia, no sentido da prevenção e detecção precoce.

Protocolo para Detecção da Depressão Puerperal

Na categoria cuidado a mulher na DP os enfermeiros entrevistados foram unânimes em afirmar **não conhecer nenhum protocolo** para auxiliar no trabalho de identificação da DP. Então quando questionados da necessidade do material educativo sobre a DP, alguns enfermeiros expressaram a vontade de conhecer e aplicar um protocolo. Como ilustram as falas abaixo:

Nossa muito útil, tanto o folder como um protocolo, um protocolo principalmente porque a gente não tem por onde seguir, a gente faz por onde acha que tem que fazer. Tem que ter uma melhor forma. (E5)

Alguns autores que colaboraram com a pesquisa de Ruschi et al (2007) com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas de DP, destacam o uso da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) sendo esta, a mais utilizada dentre as escalas existentes no rastreamento dos transtornos depressivos no pós-parto. É um instrumento utilizado em forma de auto avaliação específico para o puerpério, com dez questões pontuadas de 0 a 3 conforme os sentimentos vivenciados nos últimos dias com dez questões pontuadas de 0 a 3, conforme os sentimentos vivenciados, onde a=0, b=1, c=2 e d=3. Caso a pontuação alcançar a escore 10, pode-se considerar a mulher em risco de depressão. Esta escala foi traduzida em vinte e quatro idiomas, com estudos de validação em grande parte dos países, incluindo o Brasil e pode ser aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde:

Neste mesmo estudo Ruschi et al (2007) constatou uma elevada prevalência de DP. Corroborando que a depressão no pós-parto é um grande e sério problema de saúde pública. E ainda justificando a capacitação dos profissionais da atenção básica para o reconhecimento precoce da depressão, com a ajuda de instrumentos como a EPDS, devido à grande eficácia e praticidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão puerperal se caracteriza uma importante questão de saúde pública, em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais. Uma vez não tratada acarreta em prejuízos para a mulher, a criança e toda a família.

Surgiram diferentes formas de entendimento dos enfermeiros entrevistados sobre DP e suas causas, o que pode levar a adoção de diferentes atitudes no cuidado com a puérpera. Os enfermeiros relacionaram o conceito de depressão puerperal com: tristeza materna, falta de atenção, problemas hormonais, hereditariedade, sensibilidade da mulher neste período, bem como, fatores relacionados aos cuidados dispensados a mulher no momento do parto e o sentimento de vazio no pós-parto.

Os objetivos específicos foram atingidos: as fontes de informação sobre depressão puerperal é a pesquisa na internet e os casos que ocorrem em seu convívio; a maioria dos enfermeiros não possui registros de casos de depressão pós-parto ocorridos nos últimos dois anos; os principais cuidados desenvolvidos com as puérperas na Estratégia Saúde da Família são as visitas domiciliares e as consultas de enfermagem; o material educativo e a roda de discussão propostas foram aceitos com unanimidade.

Os enfermeiros em sua maioria dizem conseguir reconhecer a mulher com depressão puerperal, no entanto sentem-se inadequadamente preparados para detectar a depressão precocemente; seus conhecimentos além dos vistos na graduação contam com experiências vividas e o interesse da pesquisa; os enfermeiros entrevistados possuem poucos registros de casos de depressão puerperal em sua área de abrangência.

Tendo visto o baixo número de registros de depressão puerperal nas áreas de abrangência em desacordo com os altos índices de depressão pós-natal nas pesquisas, a pesquisadora sugeriu o uso da Escala de Identificação de Depressão Puerperal (EPDS) *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*. Para que em conjunto com o material educativo, venham a colaborar na identificação e melhoria do atendimento as puérperas atendidas, uma vez que, compete ao profissional enfermeiro da Estratégia saúde da Família, sendo ele a porta de entrada do sistema

de saúde, para que desenvolva seu trabalho de forma que identifique os fatores de risco e sintomas desta patologia.

REFERÊNCIAS

BARBARA, L. PARRY, M. D. Síndromes Psiquiátricas Pós-Parto. In: KAPLAN, Harold I.,; SADOCK, Benjamin J.,. **Tratado de psiquiatria**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 3 v. ISBN 8573073848

BRASIL, M. da S. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**-manual técnico/ MS, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2005, p. 163 ISBN 85-334-0885-4

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2006, vol.33, n.2, pp. 92-102. ISSN 0101-6083.

CATAFESTA, F. et al. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica. de Enfermagem** (on line), 2007. , v. 09, n. 02, p. 457 - 475 Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2> acessado em outubro de 2009.

CRUZ, E B da S; SIMOES, G L & FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2005, vol.27, n.4, pp. 181-188. ISSN 0100-7203.

GARDENAL, C. L. C.;et al. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2002, vol.10, n.4, pp. 478-484. ISSN 0104-1169.

GERK, M. A. de S. Assistência de enfermagem à puérpera. In: BARROS M. O. de (org.) **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal** Barueri SP: Manole, 2006 ISBN 85-204- 2206-3

GUEDES-SILVA, D., SOUZA, M., MOREIRA, V. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Rev. Mal-Estar Subj.**, set. 2003, vol.3, no.2, p.439-450. ISSN 1518-6148.

MERIGHI, M.A. B, GONÇALVES R. & RODRIGUES I.G Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev Bras Enferm.** 2006 nov-dez; 59(6): 775-9.

PEREIRA, P. K. & LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. psiquiatr. clín.** [online].2007, vol.35, n.4, pp. 144-153. ISSN 0101-6083.

PERES, A. M. & CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**[online], Set 2006, vol.15, no.3, p.492-499. ISSN 0104-0707

RUSCHI, G E C et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** [online]. 2007, vol.29, n.3, pp. 274-280. ISSN 0101-8108.

SANTOS, E. K. A.dos. Puerpério normal In: OLIVEIRA, M. T. MONTICELLI, M. & BRUGGEMANN, O. M. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: textos fundamentais** 2ª ed. Florianópolis-SC Cidade Futura, 2002 314 p ISBN 8587757202.

SILVA, E T. & BOTTI, N. C. L. - Depressão Puerperal: Uma Revisão de Literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 231 – 238. 2005. ISSN 1518-1944. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br> acessado em: junho de 2009.

SOARES, C & VARELA, V. D. J. **Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Autocuidado.** 2007.81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - UFSC. Florianópolis,

ZAMBALDI, C. F; CANTILINO, A. & SOUGEY, E. B. Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** [online]. 2008, vol.30, n.2, pp. 155-158. ISSN 0101-8108.

ZINGA, D; PHILLIPS, S D & BORN, L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2005, vol.27, suppl.2, pp. s56-s64. ISSN 1516-4446.

A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEU PARADIGMA NA ENFERMAGEM

Priscila Rosa Maceno

Enfermeira, mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS), e-mail: priscilamaceno@gmail.com

Michelle Durand

Enfermeira, especialista em Saúde da Família, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS), e-mail: michakd@hotmail.com

Ivonete T. S. Buss Heidemann

Enfermeira, doutora em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS). E-mail: ivonete@ccs.ufsc.br

Karine Patricia Stulp

Enfermeira, especialista em Saúde da Família, membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS), e-mail: karinestulp@yahoo.com.br

Ana Izabel Jatobá de Souza

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem/UFSC. Coordenadora do grupo de pesquisa GAPEFAM.

RESUMO

O objetivo do artigo é apresentar uma reflexão teórica acerca do paradigma presente na Política Nacional de Promoção da Saúde a partir dos aspectos históricos sobre a Promoção da Saúde, as Conferências e os paradigmas da enfermagem. Para esse percurso reflexivo destacam-se o Paradigma da Totalidade e o da Simultaneidade a fim de identificar qual destes está presente nas práticas de promoção da saúde. Conclui-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde se aproxima principalmente do paradigma da simultaneidade. Constata-se a necessidade da ampliação do cuidar, embasadas na premissa de que todos os momentos que compreende interação do indivíduo nos serviços de saúde devem ser considerados no seu contexto biopsicossocial.

Palavras-chave: Paradigma; Promoção da saúde; Política; Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this paper is to construct a theoretical reflection on the theme of the paradigm of the National Health Promotion. This is a theoretical-reflective, which sought the history of Health Promotion Conference and the paradigms of nursing. To highlight this line of thought is the paradigm of total and simultaneous and which of these approaches to health promotion practices. From the theoretical framework presented can reflect on the policy in which revealed his immersion in the simultaneity paradigm. The expansion of care, based on the premise that all times which includes interaction of the individual in health services, should be considered as biopsychosocial context.

Keywords: Paradigm; Health Promotion; Policy; Nursing.

INTRODUÇÃO

Na Constituição de 1988, estabeleceram-se as bases técnicas e jurídicas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio fundamental a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema. Na ESF podemos pôr em prática atividades educativas, considerando não só a doença e sim, visando a PS o que é extremamente importante para a compreensão do indivíduo ao seu tratamento (BRASIL, 2009).

No Brasil a Promoção da Saúde vem gradualmente mudando o paradigma que dá sustentação filosófica ao Sistema Único de Saúde. Paradigma é a representação de um modelo a ser seguido (KUHN, 1978). Segundo o mesmo autor "ao adquirir um paradigma, adquire igualmente um critério para a escolha de problemas que, enquanto o paradigma for aceito, poderemos considerar como dotados de uma solução possível (KUHN, 1978, p. 60)". Nesse texto discutiremos dois paradigmas que se diferem na prática: o paradigma da totalidade e o paradigma da simultaneidade. O paradigma da totalidade diz que há um nível de saúde ótimo e que o indivíduo deve esforçar-se para alcançá-lo, ao contrário do paradigma da simultaneidade, que a saúde é vista como um processo, não há uma saúde ótima e sim, como o indivíduo está sentindo o viver pessoal (PARSE, 1987).

METODOLOGIA

Faremos um breve percurso histórico-institucional acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) 2006, e sua implementação como política governamental no contexto do SUS, focando no paradigma que a política se encontra. Esta ideia foi construída no decorrer da disciplina Concepções teórico-filosóficas no processo de cuidar em enfermagem e saúde, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Durante o desenvolvimento de seminários, foi aprofundada a temática sobre as concepções paradigmáticas, o que impulsionou a discussão e a construção deste, que tem como

questão norteadora: Qual paradigma presente na Política Nacional de Promoção da Saúde? Como resposta a essa indagação nos reportaremos traçando a historicidade da PS, suas Conferências Internacionais e Regionais e como estes eventos contribuíram para o processo de construção da política de promoção com o objetivo de refletir sobre a concepção paradigmática que fundamenta a PNPS.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A história da humanidade sempre se preocupou com a promoção da saúde do ser humano e a prevenção das doenças, com o intuito de dispor de maneira que evite. Hipócrates em seus escritos já fazia referências sobre os determinantes de saúde e ambiente. Da cultura romana resgatamos a importância das políticas públicas integradas e intersetoriais, como produtoras de saúde. A expansão do mundo, com início das navegações, trouxe aos países do novo mundo e os países europeus, informações importantes, no qual, não trocaram entre si, só doença, mas, também, medidas preventivas e de promoção. Nos séculos XVII, XVIII, registraram muitos avanços na medicina e na saúde pública. Com o absolutismo autoritário da época, como forma de governar, implicou na adoção da “política sanitária como política de saúde, que obrigavam os indivíduos sadios a terem comportamentos adequados à saúde e os doentes se isolarem (WESTPHAL, 2006, p.635-637).

No século XIX, encontramos o trabalho de Chadwick, inaugurando a estratégia de promoção da saúde nos espaços da vida, como importante elemento para a produção social da saúde (MENDES, 1999). Na mesma época surgiu também o estudo de Rudolf Virchow, no qual incluiu análises do contexto social e cultural da época e do local. Considerado o pai da medicina social, patologista de formação se converteu em um dos maiores sanitaristas políticos da história. Os resultados obtidos de seu estudo são clássicos na Saúde Pública e orientaram recomendações diferenciadas para a época relacionando saúde à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre que vivia na região estudada. Podemos dizer que foi um precursor das estratégias de Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2006, p. 640-642).

Ao contrário desse pensamento, os avanços científicos biomédicos, no século XIX, reforçaram o modelo que a doença tem uma só causa. É o início da “era

bacteriológica”. Com isso, enfatizou-se o conceito de que saúde é a ausência de doenças, excluindo, portanto o contexto ambiental, social e histórico. Essa reformulação deu origem ao Relatório *Flexner*, 1910 que veio a instituir esse cenário hegemônico até hoje vigente (WESTPHAL, 2006, p. 638). Este modelo biomédico sanitário americano passou a influir decisivamente na estrutura sanitária brasileira. Como afirma Mendes (1999),

O conceito de saúde, tomado em sua negatividade, como ausência de doença e o paradigma flexneriano, estruturam uma resposta social e organizada sob a forma da prática da atenção médica, nos marcos da medicina científica. A prática da atenção médica exclui os componentes coletivos da doença e a sociabilidade da saúde.

O paradigma flexneriano se expressa por meio de um conjunto de elementos que coexistem, se complementam e se potenciam: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, o curativismo (FLEXNER, 1910). O paradigma flexneriano tem relação com o paradigma da totalidade da enfermagem, pois segundo Parse (1987), esta visão é fruto natural da íntima ligação da enfermagem com a medicina, desconsiderando o meio em que o indivíduo vive. O paradigma da totalidade está assentado no positivismo, “compreende saúde como um perfeito funcionamento do corpo, a ausência de doença, algo que é possível observar e quantificar, nesse caso, os aspectos subjetivos não é considerado (NASCIMENTO, 2004)”.

Apesar deste paradigma na época, a expressão promoção da saúde surgiu duas décadas depois do *Relatório Flexner*, na metade dos anos 40, com *Henry Sigerist*, quando definiu as quatro tarefas maiores da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Na década de 60, dois sanitaristas Leavell & Clark, que explicaram o modelo da “história natural do processo saúde e doença”. A partir desses autores puderam-se estabelecer os três níveis de prevenção primária e a inclusão da promoção da saúde que para os mesmos corresponde a medidas gerais educativas, que objetivam a melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (WESTPHAL, 2006).

Embora as inúmeras contribuições da evolução científica, já no século XX, com as mudanças culturais, sociais, econômicas e políticas, o paradigma da totalidade não permeia mais o enfrentamento desta mudança decorrente do processo de globalização, tornando crescente a pobreza e as desigualdades sociais

em países em desenvolvimento. Com isso, o modelo biomédico torna-se insuficiente para atender a todas as dificuldades atuais.

Até a década de 60, no Brasil, o paradigma predominante era um modelo de atendimento médico previdenciário, uma forma específica de controle social, levada a efeito de forma autoritária. A única exceção a essa tendência foi o período pré-64, manifestada principalmente na 3ª Conferência Nacional de Saúde, que propôs a participação social e descentralização do sistema de saúde. Este modelo médico-assistencial privatista foi hegemônico até o fim dos anos 70. A necessidade de mudança verificada no fim da década de 70 vem sendo sistematizado e disseminado em discussões internacionais que defendem ações intersetoriais, reforçando a mudança do paradigma biomédico (LALONDE, DUNCAN; 1981, 2004).

Desta forma o enfoque da promoção da saúde, começou a ganhar visibilidade e propor que as políticas públicas deveriam se voltar para a criação de economias, sociedades e ambientes de trabalho saudáveis e não produtores de doença. Em 1974, a Promoção da Saúde apareceu pela primeira vez em um documento oficial conhecido como *“Informe Lalonde”*. Este documento prevê que:

O campo da saúde pode ser dividido em quatro elementos: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e as organizações de saúde. Finalmente, o conceito de Saúde fornece uma nova perspectiva sobre a saúde. A importância de sua própria saúde do comportamento e hábitos de cada indivíduo é um exemplo do tipo de conclusão que se pode ser usado no conceito da nova concepção de saúde (LALONDE, 1981, p 31- 33).

A partir deste informe, foram dando sequência as Conferências seguintes em 1978, realizou-se na Rússia, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, apontando a necessidade de mudanças radicais em relação às práticas e ao desenho dos serviços de saúde. Essa Conferência, ao expressar a necessidade de ação urgente de todos os governos, formula a Declaração de Alma Ata, lançando como principal meta dos governos e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a diretriz da *“Saúde Para Todos no Ano 2000”* (BUSS, HEIDEMANN et al; BRASIL, 2000, 2006).

A constatação da importância dos determinantes de saúde serviu de pano de fundo para a decisão da Organização Mundial de Saúde, do Governo canadense de Saúde Pública de organizarem, em 1986, a I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, traduzida pela Carta de Ottawa, documento que lançou nova

luz para a reflexão, planejamento e gestão das necessidades sanitárias, que colocou como produto social e fonte de riqueza de um viver cotidiano e reforçou a importância da ação comunitária no controle do próprio destino (BRASÍLIA, 2006; WESTPHAL, 2006).

No Brasil, vem se acelerando esse processo com a oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, e com a elaboração da nova Constituição, na qual o movimento sanitário e o governo reencontram-se com os movimentos sociais populares, inaugurando uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde. Esta Conferência lançou as bases da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), eis que seu relatório final contempla a determinação social do processo saúde-doença e ratifica o compromisso ético-político com uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e com o investimento na garantia de direitos sociais universais, cujo exercício é indissociável a participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde (RUMEL, TOSCANO, MENGUE, 2004; BRASÍLIA, 2006).

Neste seguimento outras Conferências se seguiram nos últimos vinte anos, a partir da concepção de saúde, definida na *Carta de Ottawa*. A II Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada em 1988, resultou na Declaração de Adelaide a qual destaca a participação de todos os setores do governo e ressalta a equidade. A III Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsväl, 1991, colocou como tema central “a criação de ambientes saudáveis” (ALMA-ATA, 1978). Na mesma época destas conferências no Brasil estabeleceu-se a nova constituição e sua regulamentação chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) brasileira que é composta de duas leis complementares à Constituição (as Leis 8.080/90 e 8.142/90). A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para promoção, proteção, recuperação e funcionamento do SUS. A lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Com estas Leis, compuseram-se um arcabouço jurídico bastante avançado, contemplando as principais diretrizes do que deveria ser a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE, BARRETO FONSECA; 2004).

No decorrer da década de 90, aconteceu a IV Conferência Internacional de Jacarta, 1997, no qual se discutiu a globalização. Ao final a *declaração de*

Jakarta inovou, estabelecendo cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, procurando enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e estratégias (BUSS, 2000; WESTPHAL, 2006). No ano 2000, realizou-se a V Conferência sobre Promoção da Saúde, que resultou na Declaração do México, realizada no México, que reforça a importância das ações de promoção da saúde e das políticas no nível local, regional, nacional e internacional. A VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde, foi realizada em Bangkok – Tailândia, 2005, resultou na Carta de Bangkok, que procura direcionar a Promoção da Saúde, através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (HEIDEMANN, 2006).

Quanto a Conferência Regional na América Latina surge pela primeira vez em 1992, realizada em Bogotá, resultou na *Declaração de Santa Fé* que destacou a relação entre saúde e desenvolvimento, a necessidade da solidariedade e da igualdade social. Na sequência em 1993, a Carta do Caribe, I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, realizada em Trindade e Tobago, propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde; “empoderamento das comunidades para alcançar o bem-estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação. E em 1998 realizada em Genebra, Suíça, A rede de Mega países, que sugere como metas: melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, aumento da intersectorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde (BUSS, 2000; HEIDEMANN, et al, 2006; WESTPHAL, 2006).

A promoção da saúde é um campo teórico prático político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde (CAMPOS, BARROS E CASTRO, 2004). No Brasil, em 1994, surge como uma nova estratégia de desenvolvimento do SUS e como eixo central para promover a extensão de cobertura, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa que posteriormente passou a ser chamado de Estratégia da

Saúde da Família apresenta características que promovem ações de promoção da saúde (BUSS, CARVALHO, 2009).

No I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, ocorrida em dezembro de 2006 P.15, diz que:

Somente na década de 90, as reflexões brasileiras dirigiram-se à perspectiva de elaborar uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de forma a fortalecer uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença. O processo de discussão e construção da PNPS, iniciado no Ministério da Saúde em 1999, foi marcado pela busca de diretrizes e estratégias de implementação que fossem adequadas à realidade brasileira e pudessem servir de linhas orientativas flexíveis aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, respeitando sua diversidade e capacidade de produzir soluções sanitárias próprias.

Em 2006 finalmente foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada na Portaria GM/MS nº 687, contendo as diretrizes e as estratégias de organização das ações nas três esferas de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado e respostas adequadas a temas tão complexos como: violências; uso abusivo de álcool e outras drogas; promoção do desenvolvimento sustentável; alimentação saudável; prevenção do tabagismo e promoção da atividade física e práticas corporais.

Nesse paradigma a ESF tem como objetivo promover a saúde e responder às necessidades das populações. A atenção primária responde às necessidades de saúde da população, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados quando há mais de um problema; lida com o contexto no qual existe a enfermidade; e influenciam as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. Portanto, a saúde da família, como estratégia de organização da atenção primária, é a porta de entrada do SUS e desenvolve ações focalizadas na saúde dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa no promocional e no preventivo (BRASIL, MENDES, TAKEDA, 2009, 1999, 2004).

Tal concepção ampliada de processo saúde doença foi incorporada no art. 196 da Constituição Federal, na qual se diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988)”.

A Promoção da saúde, como vimos, vem frisar o ser humano como um todo e não as patologias, ver o indivíduo com potencial para cuidar da sua saúde

respeitando seus limites e não este com um ser doente e impor condições. Thomas Kuhn,

Designou como modelo paradigmático as realizações científicas que geram modelos que, por período mais ou menos longo e de modo mais ou menos explícito, orientam o desenvolvimento posterior das pesquisas exclusivamente na busca da solução para os problemas por elas suscitados.

Em relação aos paradigmas predominantes na enfermagem que são: o paradigma da totalidade versus o paradigma da simultaneidade. Parse (1987) afirma que o paradigma da totalidade focaliza a visão da ciência natural do homem como a soma de todas as partes. As estruturas e teorias deste paradigma guiam as práticas para focalizar o auxílio aos indivíduos doentes adaptar-se, cuidar de si mesmos, e manter as metas de saúde. Já o paradigma da simultaneidade, enquadrrou o homem como sendo mais e diferente que a soma das partes. No paradigma da simultaneidade a saúde é vista como um processo de tornar-se e com um conjunto de prioridades de valor. Não há uma saúde ótima; a saúde é simplesmente como alguém está sentindo o viver pessoal. Os objetivos de enfermagem neste paradigma estão voltados para a qualidade de vida na perspectiva do indivíduo.

A Política Nacional de Promoção a Saúde, foi sustentada a partir da I Conferência Internacional de Promoção da saúde. A *carta de Ottawa* é o documento mais importante como marco conceitual da PS. É um conceito amplo que vai à direção de um bem-estar global. Este conceito está associado a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta. Refere-se também a uma combinação de ações de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde (WHO,1986). A PNPS afirma que as ações públicas devem ir além da ideia da cura e reabilitação. Este esforço conjunto resulta no desenvolvimento de ações intersetoriais para a geração de emprego e renda, fortalecimento da educação, preservação ambiental, planejamento de espaços urbanos e rurais, realização de iniciativas culturais e esportivas, dentre outras, ampliando a capacidade das políticas públicas de incidirem sobre os determinantes sociais da saúde, tornando-as mais efetivas (BRASIL, 2009).

Desta forma, pode-se dizer que as Conferências e a literatura da Promoção da Saúde têm os seguintes princípios como definidores das práticas realizadas nesta perspectiva:

Devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença; de garantir acesso universal a saúde; ampliar os horizontes da prevenção de doenças com a multicausalidade do problema; a população deve participar na definição da política, no controle social e na avaliação das ações e serviços dela decorrentes e a criação de iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (BRASIL, 2006).

CONCLUSÃO

Percebe-se que a Promoção da Saúde está preocupada com os sujeitos e a determinação social do processo saúde doença é a que tem maior potencial para promover melhoria nas condições de vida e saúde da população. A Carta de Ottawa subsidia as ações de promoção da saúde que traçam as diretrizes da PNPS e neste paradigma é possível implementar e promover a aplicação concreta das ações específicas da promoção da saúde através da política.

Portanto, baseada nas Conferências, literatura e paradigmas podemos analisar que o paradigma da Política Nacional de Promoção da Saúde é o Paradigma da Simultaneidade, já que o mesmo compreende o ser humano como a somatória dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, evidenciando que o todo é maior que a soma das partes, assim como cada parte representa o todo. Nesse paradigma, a pessoa interage com o meio que vai além da adaptação com o meio ambiente.

Percebemos com essa busca da historicidade sob o olhar dos paradigmas da enfermagem que a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde está apoiada no paradigma da simultaneidade. Mesmo com todos os resultados positivos, de uma visão mais ampla da saúde do indivíduo ainda estamos em processo de construção para que se tornem realidade de fato, e não só de direito, a garantia para a população brasileira à saúde efetiva e de qualidade. O direito à saúde exige esforços em todos os âmbitos, e que tal direito não ocorrerá sem uma política setorial integrada às demais políticas econômicas e sociais que assegurem os meios à sua concretização.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. [acesso em 10 jul. 2011]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>

BRASIL. **Seminário Nacional de Promoção da Saúde**, I., 2006, Documento-síntese. Brasília-DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Anexo um da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. [acesso em 06 set. 2010]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Temático - promoção da saúde IV**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

BUSS Paulo Marchiori. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

CAMPOS Gastão Wagner, BARROS Regina Benevides de, CASTRO Adriana Miranda de. **Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.9, no.3, July/Sept. 2004.

CARVALHO Antônio Ivo, WESTPHAL Márcia Faria, LIMA Vera Lúcia Pereira. **Histórico da Promoção da Saúde no Brasil**. Instituto Lêonidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazônia. [acesso em 06 jul. 2011]. Disponível em: <<http://www.amazonia.fiocruz.br/ensino/didaticos/category/25-saude-publica-gestores-sus.html?start=20>>

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **Sobre Promoção da Saúde no Século XXI**, julho de 1997.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DUNCAN Bruce B., SCHIMIDT Maria I., RJ GIUGLIANI [et al.]. A Estratégia Saúde da Família. In: ANDRADE Luis O., BARRETO Ivana C., FONSECA Cláudio Duarte da. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-101.

DUNCAN Bruce B., SCHIMIDT Maria I., R.J GIUGLIANI. [et al.]. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: TAKEDA S. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76-88.

DUNCAN Bruce B., SCHIMIDT Maria I., RJ GIUGLIANI [et al.]. Brasil. Condições de Saúde da População Brasileira. In: RUMEL Davi, TOSCANO Cristiane M., MENGUE

Soterro S., DUNCAN Bruce B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 59-69.

HEIDMANN Ivonete T., ALMEIDA Maria Cecília P., BOEHS Astrid E., WOSNY Antônio M., MONTICELLI Marisa. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Texto contexto - enferm. vol.15 no.2 Florianópolis Apr./June 2006.

KUHN T. **Estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva; 1978.

LALONDE Marc. **A New Perspective on the Health of Canadians**. CANADA: Minister of National Health and Welfare, 1981.

MENDES EV. Um Novo Paradigma Sanitário: A Produção Social da Saúde. In: - _____. Uma agenda para saúde. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 1999.

NASCIMENTO P., TRENTINI M. **Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad**. Rev.Latino-am Enfermagem.v.12, n. 2, p.550-557, março-abril, 2004.

PARSE Rosemarie R. **Man-Living-Health: a theory of nursing**. In: Nursing Science-Major Paradigms, Theories and Critiques, Philadelphia: Saunders Company; 1987.

WESTPHAL M. **Promoção da saúde e prevenção da doença**. In: CAMPOS GW, MINAYO MC, AKERMAN M, DRUMOND JR, CARVALHO YM. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Fiocruz; 2006, p. 635-667.

World Health Organization – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa, Canadá, November, 1986.

A UTILIZAÇÃO PELOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA (AMREC) DOS INSTRUMENTOS DO GOVERNO ELETRÔNICO E DA DEMOCRACIA ELETRÔNICA

Felipe Ghedin da Silva

Graduando na 7ª fase de Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC).

Reginaldo de Souza Vieira

Mestre em Direito pelo CPGD/UFSC. Doutorando em Direito pelo CPGD/UFSC. Professor do Curso de Direito e em cursos de pós-graduação lato sensu da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Líder e pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC).

RESUMO

Este artigo trata do direito à saúde como um direito fundamental, do SUS (Sistema Único de Saúde), dos conselhos municipais de saúde, e como estes direitos estão positivados na Constituição Federal, também como são guiados por princípios constitucionais, onde o princípio da participação popular se destaca por ser indispensável na democracia. São explanados os tipos de democracia e porque a democracia participativa está entrelaçada diretamente com a participação popular, também o que é democracia eletrônica, se é utilizada na AMREC, e como pode ser utilizada. Elucida-se o que é governo eletrônico, e se este, juntamente com a democracia participativa, é utilizado nos conselhos municipais de saúde da AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera) objetivando a efetivação do direito de participação dos usuários, prestadores de serviço e agentes governamentais nos conselhos municipais de saúde. Por fim foram feitas considerações sobre a falta da utilização do e-gov, e da democracia eletrônica nos conselhos municipais de saúde da AMREC, e sugestões para serem implantadas. O método de abordagem utilizado foi o indutivo. O método de procedimento o histórico, descritivo e argumentativo. A técnica de observação é a direta, com vistas a responder ao problema científico proposto, através da utilização de pesquisa bibliográfica, documental e eletrônica (websites). A pesquisa desenvolvida foi realizada junto ao Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), com linha de pesquisa em “Direito Sanitário, Direitos Humanos e Advocacia em Saúde”.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Democracia Eletrônica; Governo Eletrônico.

ABSTRACT

This article deals with the right to health as a fundamental right, the SUS (Unified Health System), councils of health, and how these rights are positivized the Federal Constitution, as also are guided by constitutional principles, where the principle popular participation stands out as indispensable to democracy. Explained are the types of democracy and why participatory democracy is directly intertwined with popular participation, which is also electronic democracy, if it is used in AMREC, and how it can be used. Elucidates what is government, and this, together with

participatory democracy, is used in municipal health councils of AMREC (Association of Municipalities of the Coal Region) aiming at the realization of the right of participation of users, service providers and government officials in the municipal health councils. Finally considerations were made about the lack of the use of e-government and e-democracy in the municipal councils of health AMREC, and suggestions to be implemented. The method used was inductive approach. The method of procedure the historical, descriptive and argumentative. The observation technique is the direct, in order to respond to the proposed scientific problem, through the use of bibliographical, documentary and electronic (websites). The developed research was conducted at the Laboratory of Public Health and Health Law, University of Extremo Sul Santa Catarina (UNESCO), with online search on "Health Law, Human Rights and Health Advocacy."

Keywords: Health Rights; Municipal Health Council; Electronic Democracy; Electronic Government.

INTRODUÇÃO

Neste estudo, será analisado o direito à saúde como sendo um direito fundamental, destacando-se o seu processo de construção com base na Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, e principalmente na Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

A seguir dar-se-á ênfase ao estudo da democracia participativa, em especial a democracia em saúde. Em continuidade verificar-se-á o significado e o funcionamento da democracia eletrônica e como está pode contribuir para o aprimoramento da democracia em saúde.

Por fim, serão analisados os conselhos municipais de saúde da AMREC, bem como se a democracia eletrônica e os instrumento do governo eletrônico são utilizados para concretizar o espaço de construção do direito à saúde,

O método de abordagem utilizado foi o indutivo. O método de procedimento o histórico, descritivo e argumentativo. A técnica de observação é a direta, com vistas a responder ao problema científico proposto, através da utilização de pesquisa bibliográfica, documental e eletrônica (websites)¹.

¹ MEZZARROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de metodologia da pesquisa no direito**. São Paulo: Saraiva, 2003. OLIVEIRA, Olga Maria B. Aguiar de. **Monografia jurídica: orientações metodológicas para o trabalho de conclusão de curso**. Porto Alegre: Síntese, 1999.

A pesquisa desenvolvida foi realizada junto ao Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), com linha de pesquisa em “Direito Sanitário, Direitos Humanos e Advocacia em Saúde”.

A SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL

Mendes, Coelho e Branco explicam:

Direitos humanos, ainda, e até por conta de sua vocação universalista, supranacional, é empregada para designar pretensões de respeito a pessoa humana, inseridas em documentos de direito internacional. Já a locução direitos fundamentais, é reservada aos direitos relacionados com posições básicas das pessoas, inscritos em diplomas normativos de cada Estado. São direitos que vigem numa ordem jurídica concreta, sendo, por isso, garantidos e limitados no espaço e no tempo, pois são assegurados na medida em que cada Estado os consagra².

Assim, os Direitos Fundamentais são os Direitos Humanos inseridos na Constituição Nacional de cada país e surgem com a idéia do Estado Moderno Liberal. Miranda explica que: “*por direitos fundamentais entendemos os direitos ou as posições jurídicas das pessoas enquanto tais, individual ou institucionalmente consideradas, assentes na Constituição*”³.

No Direito Brasileiro, os direitos fundamentais se definem como direitos constitucionais⁴.

Para Sarlet,

Não há dúvidas de que os direitos fundamentais, de certa forma, são também sempre direitos humanos [...] a distinção é de que o termo ‘direitos fundamentais’ se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado”⁵.

O direito à saúde é um direito humano, e por estar inserido em nossa Constituição Federal, também é um direito fundamental. Dentre os direitos humanos

² MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 244.

³ MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional: direitos fundamentais**. 3. ed. Coimbra: Ed. Coimbra, 2000, p. 22.

⁴ MENDES; COELHO; BRANCO, 2008, p. 245.

⁵ SARLET, Ingo Wolfgang, **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 33.

e fundamentais pode-se citar o direito à vida e o direito à saúde como basilares do ser humano.

A construção dos Direitos Humanos iniciou-se com às Revoluções burguesas (Revolução Gloriosa, Revolução Americana e Revolução Francesa), e inserido em Declarações de Direitos, dentre as quais, se sobressai a Declaração Universal de 1948, que fortalece a idéia de universalização da proteção dos direitos do ser humano⁶.

Para este estudo, utilizar-se-á a classificação de direitos definidas em dimensões, e não gerações, ou ondas, pois estas dão uma idéia de início, meio, e fim, enquanto o termo “dimensão” ultrapassa a ideia de início, meio e fim, portanto o direito em cada “onda” ou “geração” pode ter tido um fim. Mas quando se trata do termo “dimensão”, iniciou, mas não necessariamente terminou, e a cada dimensão não exclui a anterior. Deste modo, quando se classifica em “dimensão”, um direito pode existir simultaneamente com outro, da mesma forma que as dimensões de direitos.

Classificam-se os direitos fundamentais, em três ou quatro dimensões: a dos direitos de liberdade; a dos direitos sociais; a dos direitos ao ambiente e à autodeterminação, aos recursos naturais e ao desenvolvimento; e a dos direitos relativos à bioética, à engenharia genética, à informática e a outras utilizações das modernas tecnologias⁷.

A primeira dimensão de direitos é a luta pelos direitos individuais, como forma de garantia de “liberdade”. Esta dimensão veio em resposta ao absolutismo, buscado impedir que os Estado viesse a prejudicar a vida das pessoas. Tem como direitos centrais: a vida, a propriedade e as liberdades.

Segundo Moraes “os direitos fundamentais de primeira geração são os direitos e garantias individuais e políticos clássicos (liberdades públicas), surgidos institucionalmente a partir da Magna Carta”⁸.

Nesta dimensão de direitos cabia ao Estado a prestação negativa de ações para que os direitos fossem garantidos, esta prestação era baseada na inércia

⁶ MENDES; COELHO; BRANCO, 2008, p. 254.

⁷ MIRANDA, 2000, p. 24.

⁸ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008, p. 31.

do Estado. Esta dimensão de direito é baseada em garantias em que o Estado deveria oferecer para pessoas, inclusive contra ele, como já destacado⁹.

A segunda dimensão de direitos é baseada na “igualdade”, no Estado de Bem Estar Social. A constitucionalização dos direitos humanos sociais veio a ocorrer com a Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição de Weimar de 1919. No Estado Social, cabe ao Estado a execução de prestações positivas para a concretização dos direitos. Os direitos sociais tratam da proteção do trabalho e do trabalhador, da sindicalização, do direito de greve, da seguridade social, da educação, da previdência social, da habitação, da alimentação, da saúde e da assistência social¹⁰.

A terceira dimensão surge por volta de 1970 em resposta ao desenvolvimento do comércio, transporte, e consumo. Os efeitos colaterais ao desenvolvimento afetam todos e se inicia a preocupação com o meio ambiente, os patrimônios da humanidade sejam eles: naturais, civilizatórios ou culturais. Esta dimensão é baseada na “fraternidade”, abrangendo os direitos difusos que visam diminuir os efeitos colaterais causados pelo desenvolvimento e pela massificação de pessoas¹¹.

O direito à saúde se insere diretamente nos direitos de segunda dimensão, ou seja, dos direitos sociais. Entretanto possui um caráter transdimensional, pois vincula-se diretamente com o direito à vida (primeiro dimensão) e com o meio ambiente (terceira dimensão).

No Brasil, foi somente com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que a saúde foi consagrada como um direito humano fundamental e com caráter universal. Foi também através do texto constitucional, que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu art. 196 a CRFB/88, estabelece que:

Art. 196. A **saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹². (grifo nosso)

⁹ MENDES, COELHO, BRANCO, 2008, p.233.

¹⁰ MENDES, COELHO, BRANCO, 2008, p.234.

¹¹ MIRANDA, 2000, p.14.

¹² BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 7 mai. 2010.

Com a inserção do direito à saúde na CRFB/88 e criação do SUS, restou claro o seu caráter universal, de aplicação imediata e de eficácia plena.

A Lei nº 8.080/90 que regulamentou o direito à saúde, logo em seu artigo segundo expressa que:

Art. 2º 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 de 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 às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação¹³.

Fernando Aith afirma que o SUS organiza-se como um conjunto individualizado, dotado de uma organização interna que se equilibra com o Direito Positivo e representa uma situação jurídica permanente, formado por uma rede de ações e serviços públicos de saúde prestados no país¹⁴.

Desta forma, foi somente com a criação do SUS, que se definiu uma política pública para o setor. Para Schwartz “as políticas públicas de saúde são o instrumento primeiro para a realização do disposto no artigo 196 da Lei Magna”¹⁵.

Cabe destacar que CRFB/88, dispõe em art. 198, entre os princípios do Sistema Único de Saúde está a “participação da comunidade”¹⁶.

Esta participação da comunidade foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, a qual estabeleceu a possibilidade de controle das ações em saúde pela sociedade¹⁷.

DEMOCRACIA, TIPOS, DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, DEMOCRACIA EM SAÚDE, DEMOCRACIA ELETRÔNICA

¹³ 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 de mar. 2011.

¹⁴ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

¹⁵ SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 157.

¹⁶ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 7 mai. 2010.

¹⁷ BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 20 nov. 2009.

A participação popular em saúde é o espaço de desenvolvimento e controle social da sociedade das políticas públicas desenvolvidas para o setor saúde.

As políticas públicas são conceituadas por Celina Souza:

[...] como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e /ou analisar essa (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real¹⁸.

Quando se fala em controle social para a definição das políticas públicas em saúde, de forma geral estamos falando da democracia participativa. A democracia participativa é aquela exercida através da participação da comunidade, integrando os órgãos colegiados decisórios, como são os conselhos de saúde, quando o povo, desempenha em parceria com o Estado, o papel que lhes cabe constitucionalmente no regime democrático, além de exercer o controle social no poder. Neste sentido, ninguém pode ser o único direcionador das decisões tomadas neste campo, mais sim, participante de uma decisão conjunta do coletivo, sendo essencial à necessidade de organização dos diferentes segmentos da sociedade¹⁹.

Segundo Weichert, “como instrumento da democracia participativa, a participação social garante à população espaço direto na formulação, implementação, gestão e controle de uma política pública, afasta as práticas paternalistas e desenvolve o senso de responsabilidade comum”²⁰.

No sentido de controle social se fortifica e inicia todo o processo de adaptações e entendimentos. Pode-se dizer que nesse momento sim, retoma-se com vigor a democracia como ponto que se converge, e, assim, a saúde não se constitui um enfoque abordado e decidido pelo poder executivo e público, mas, sim, um assunto de interesse também popular. “A concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão. Ele

¹⁸ SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. p. 65-86. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 69.

¹⁹ BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no sistema único de saúde no Brasil. p. 301-318. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. 2 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, v. 1, p. 305-307.

²⁰ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: LUMEN JURIS, 2004, p. 171.

deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade”²¹.

Esta participação popular, no que tange ao funcionamento e organização dos conselhos municipais, tem nas recomendações do Conselho Nacional de Saúde os seguintes pontos de destaque: a distribuição da representação total do conselho deve ser de 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (públicos e privado); a eleição de seu presidente por seus pares; a observação de que na competência dos Conselhos deve contar as atribuições de atuar na formulação e controle da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa, fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde²².

Esta saúde democratizada que se menciona é garantida hoje pelo Estado. No entanto, só poderá ser vivenciada por cada cidadão a partir da efetividade do controle social. Segundo a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º 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 do governo²³.

²¹ BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. p. 32-36. In: **Incentivo a participação popular e o controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. IEC: Brasília, 1994, p. 34.

²² **BRASIL. Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003.** Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>, Acesso em 20 set. 2007.

²³ **BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 20 nov. 2009.

GOVERNO ELETRÔNICO

Dentro da democracia, temos a democracia eletrônica, que corresponde a utilização das tecnologias de informação e comunicação (TICs) e dos instrumentos do mundo virtual como mecanismos de interação, participação e de decisão política. Sua utilização ocorre principalmente nos espaços do denominado Governo Eletrônico (E-gov).

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) são instrumentos que reduziram barreiras, aproximaram as pessoas e alteraram a formação de comunicação e de interação seja entre as pessoas físicas, seja entre pessoas jurídicas, dentro de uma sociedade em rede²⁴.

Para conceituar o que é governo eletrônico buscou-se ajuda no website oficial do governo brasileiro, conforme segue:

O desenvolvimento de programas de Governo Eletrônico tem como princípio a utilização das modernas tecnologias de informação e comunicação (TICs) para democratizar o acesso à informação, ampliar discussões e dinamizar a prestação de serviços públicos com foco na eficiência e efetividade das funções governamentais. No Brasil, a política de Governo Eletrônico segue um conjunto de diretrizes que atuam em três frentes fundamentais: junto ao cidadão; na melhoria da sua própria gestão interna; e na integração com parceiros e fornecedores. O que se pretende com o Programa de Governo Eletrônico brasileiro é a transformação das relações do Governo com os cidadãos, empresas e também entre os órgãos do próprio governo de forma a aprimorar a qualidade dos serviços prestados; promover a interação com empresas e indústrias; e fortalecer a participação cidadã por meio do acesso a informação e a uma administração mais eficiente²⁵.

O governo eletrônico no Brasil surgiu por volta no ano de 2000, quando foi criado o Decreto nº 18 de Outubro de 2000, que instituiu os objetivos, a composição e competência do Comitê Executivo do Governo Eletrônico (CEGE), bem como, de sua secretaria executiva²⁶.

²⁴ CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. CASTELLS, Manuel. **A galáxia internet: reflexões sobre internet, negócios e sociedade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. RUEDIGER, Marco Aurélio. Governo eletrônico e democracia: uma análise preliminar dos impactos e potencialidades na gestão pública. **Revista Organização & Sociedade**. v. 9, n. 25, 2002.

²⁵ BRASIL. **Governo Eletrônico**. Disponível em: <http://www.governoeletronico.gov.br/o-gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2011.

²⁶ BRASIL. **Governo Eletrônico**. Disponível em: <http://www.governoeletronico.gov.br/o-gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2011.

Para Ferrer e Santos, o Governo eletrônico poder ser definido como “[...] o conjunto e o acesso à informação que o governo oferece aos diferentes atores da sociedade civil por meios eletrônicos”²⁷.

Iribarrem, afirma que

El *Gobierno Electrónico* se refiere entonces a los procesos y estructuras creadas para la oferta electrónica de los servicios gubernamentales. El *Gobierno Electrónico* depende funcionalmente de muchas aristas o ramificaciones como el compromiso de los gerentes públicos, la dinámica política, los servicios civiles y las funciones parlamentarias y judiciales; se requiere que el gobierno tenga apertura a un modelo de prestación de servicios bastante complejo, en el que interactúan tanto los niveles como las aristas del sistema de gobierno²⁸.

Segundo Rover Governo Eletrônico pode ser conceituado como

[...] uma forma puramente instrumental de administração das funções do Estado (Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário) e de realização dos fins estabelecidos ao Estado Democrático de Direito que utiliza as novas tecnologias da informação e comunicação como instrumento de interação com os cidadãos e de prestação dos serviços públicos²⁹.

Assim, pode-se notar que a democracia eletrônica e o governo eletrônico podem se configurar como mais uma espaço para a construção de práticas democráticas, na esteira do previsto para participação popular, conforme estabelecido na Lei nº 8.142/90.

O Governo Brasileiro estabeleceu algumas diretrizes para o governo eletrônico seguir, quais sejam:

1. Promoção da cidadania;
2. Inclusão social é indissociável do governo eletrônico;
3. O Software Livre é um recurso estratégico para a implementação do Governo Eletrônico;
4. A gestão do conhecimento é um instrumento estratégico de articulação e gestão das políticas públicas do Governo Eletrônico;
5. O Governo Eletrônico deve racionalizar o uso de recursos;
6. O Governo Eletrônico deve contar com um arcabouço integrado de políticas, sistemas, padrões e normas;

²⁷ FERRER, Florencia; SANTOS, Paula. **E-government: o governo eletrônico no Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2004, p. XII.

²⁸ IRIBARREM, Ángel Páez y Carolina. Ciberperiodismo y gobierno electrónico. **Revista electrónica Razón y Palabra**. N. 30, Diciembre 2002/Enero 2003. Disponível em: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n30/apaez.html>. Acesso em 20 nov. 2009.

²⁹ ROVER, Aires. A democracia digital possível. **Revista Seqüência**. nº 52. p. 85-104. jul. 2006. Disponível em: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/journals/2/articles/29600/public/29600-29616-1-PB.pdf>. Acesso em 21 nov. 2009, p. 95.

7. Integração das ações de Governo Eletrônico com outros níveis de governo e outros poderes³⁰.

Destas citadas, para este trabalho, é importante destacar as seguintes diretrizes: promoção da cidadania, formulação de políticas públicas, integração entre governos e poderes. As diretrizes aqui citadas são aquelas a serem alcançadas também em âmbito dos conselhos municipais de saúde da AMREC.

A UTILIZAÇÃO PELOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA AMREC (ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA) DOS INSTRUMENTOS DO GOVERNO ELETRÔNICO E DA DEMOCRACIA ELETRÔNICA

Para verificar a utilização pelos conselhos municipais de saúde da AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera) dos instrumentos da democracia eletrônica e das novas tecnologias de informação e comunicação (TICs), com o objetivo de ampliar a participação popular nos seus processos de formulação de políticas públicas em saúde, consultou-se a existência de sites dos citados conselhos ou espaços nos sites oficiais dos Municípios que compõe a AMREC destinados aos Conselhos Municipais de Saúde.

Assim foram consultados os sites dos conselhos e municípios que seguem: Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso e Urussangua.

Na pesquisa realizada, constatou-se a inexistência de qualquer página eletrônica dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios da AMREC.

Os websites dos municípios da AMREC são carentes de informações sobre saúde, quando muito, tem a informação do secretário(a) de saúde, telefone e email para contato. Como exceção, se destacou o município de Morro da Fumaça, onde além de ter informações básicas para o usuário-cidadão entrar em contato com o órgão público, descrevia os projetos realizados na área da saúde. Em contrapartida, no website do município de Nova Veneza nada foi encontrado; nem o nome do secretário(a) de saúde, nem um telefone para contato com este(a). A

³⁰ BRASIL. **Governo Eletrônico**. Disponível em: <http://www.governoeletronico.gov.br/o-gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2011.

única forma de entrar em contato é um link chamado contato, onde deve ser preenchida as seguintes informações: nome, email, cidade, e a mensagem que se deseja digitar.

Deste modo, constatou-se a falta de informações nos websites sobre saúde, conselhos de saúde e da possibilidade de participação por parte do usuário, de prestadores de serviços, e de agentes governamentais.

Pode-se também diagnosticar que a falta de informações sobre saúde, conselho de saúde, discussão de políticas públicas é regra, e não exceção, pois a falta de informações acima descritas predomina na maioria dos sites dos municípios da AMREC.

Com vistas a alterar esse quadro de inércia, Vieira apresenta algumas sugestões:

a) a democracia eletrônica tem na democracia em saúde um espaço a ser explorado, devendo ser destinados recursos públicos para desenvolvimento de tecnologias que possibilitem a sua implantação em todos os conselhos de saúde do Brasil, formando uma rede de interação acerca da saúde pública brasileira; b) nos conselhos municipais de saúde, a utilização dos instrumentos da democracia eletrônica não podem estar adstritos a divulgação de informações, mas devem proporcionar canais efetivos de interação; c) tendo em vista a existência de conselhos locais de saúde nas estratégias de saúde da família, os instrumentos da democracia eletrônica podem estreitar a relação entre estes espaços de participação popular mais localizada e o Conselho Municipal de Saúde; d) essa interação pode ocorrer, a título de exemplo, através da disponibilização da pauta de reuniões do Conselho na internet, permitindo aos usuários contribuir antecipadamente com os pontos que serão debatidos e interagindo com os conselheiros, possibilitando desta forma, maior aporte teórico no processo de tomada de decisão dos conselheiros e legitimidade para exigir-se do Poder Público o cumprimento destas deliberações³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que o direito à saúde está consagrado como um direito humano e fundamental, tendo em vista sua positivação na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Este direito de segunda dimensão, é caracterizado como um direito social. O direito fundamental à saúde, previsto na Constituição Federal foi regulamentado

³¹ VIEIRA, Reginaldo de Souza. Democracia participativa em saúde: identificação da utilização dos instrumentos do governo eletrônico e da democracia eletrônica pelo Conselho Municipal de Saúde de Criciúma - SC. p. 285-308. In: Aires José Rover; Fernando Galindo. (Org.). **O governo eletrônico e suas múltiplas facetas**. 1 ed. Zaragoza - Espanha: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2010, v. 1, p. 301.

pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde). Esta tem princípios basilares, dentre os quais se cita o da participação popular na definição e execução de políticas públicas de saúde.

A participação popular em saúde se concretiza por meio da democracia participativa, que é desenvolvida através das conferências e conselhos de saúde, que constituem o controle em saúde.

Estes espaços, conferências e conselhos, são instrumentos dos usuários para participarem na discussão e formulação das políticas públicas que serão executadas pelo gestor público.

Para Vieira, ao não utilizar os instrumentos da democracia eletrônica e do governo eletrônico,

[...] perde-se a oportunidade de aproximar distâncias, possibilitando uma maior interatividade do cidadão-usuário do SUS nos espaços de definição de suas políticas públicas, não agregando a velocidade e a amplitude que as novas tecnologias fornecem e que poderiam “oxigenar” os espaços de decisão política existentes [...]³².

Uma forma de ampliar a participação popular na definição das políticas públicas de saúde seria a adoção dos instrumentos da democracia eletrônica e do governo eletrônico, o que constatou-se não é utilizado por nenhum dos municípios pesquisados. Destaca-se que não foi encontrada nenhuma página oficial dos conselhos municipais de saúde e nem espaços destinados a estes nas páginas oficiais dos municípios que compõe a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). Uma única exceção foi o Município de Morro da Fumaça que dispõe de um espaço de prestação de informações sobre as ações realizadas, mas sem aprofundar nos instrumentos eletrônicos que possam ser utilizados no intuito de ampliar a participação popular na definição das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no sistema único de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. 2 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, v. 1, p. 301-318.

³² VIEIRA, 2010, p. 303.

BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: **Incentivo a participação popular e o controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. IEC: Brasília, 1994, p. 32-36.

BRASIL. Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>, Acesso em 20 set. 2007.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 7 mai. 2010.

_____. **Governo Eletrônico**. Disponível em: <http://www.governoeletronico.gov.br/o-gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2011.

_____. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 20 nov. 2009. CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. **A galáxia internet: reflexões sobre internet, negócios e sociedade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

FERRER, Florencia; SANTOS, Paula. **E-government: o governo eletrônico no Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2004.

IRIBARREM, Ángel Páez y Carolina. Ciberperiodismo y gobierno electrónico. **Revista electrónica Razón y Palabra**. N. 30, Diciembre 2002/Enero 2003. Disponível em: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n30/apaez.html>. Acesso em 20.11.2009.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional: direitos fundamentais**. 3. ed. Coimbra: Ed. Coimbra, 2000.

MEZZARROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de metodologia da pesquisa no direito**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

OLIVEIRA, Olga Maria B. Aguiar de. **Monografia jurídica: orientações metodológicas para o trabalho de conclusão de curso**. Porto Alegre: Síntese, 1999.

ROVER, Aires J. A democracia digital possível. **Revista Sequência**. nº 52. p. 85-104. jul. 2006. Disponível em: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/journals/2/articles/29600/public/29600-29616-1-PB.pdf>. Acesso em 21 nov.2009.

RUEDIGER, Marco Aurélio. Governo eletrônico e democracia: uma análise preliminar dos impactos e potencialidades na gestão pública. **Revista Organização & Sociedade**. v. 9, n. 25, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang, **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. p. 65-86. In:

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. Democracia participativa em saúde: identificação da utilização dos instrumentos do governo eletrônico e da democracia eletrônica pelo Conselho Municipal de Saúde de Criciúma - SC. In: Aires José Rover; Fernando Galindo. (Org.). **O governo eletrônico e suas múltiplas facetas**. 1 ed. Zaragoza - Espanha: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2010, v. 1, p. 285-308.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: LUMEN JURIS, 2004.

ANÁLISE DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM CRICIÚMA - SC

Débora Mengue Maggi

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. Voluntária do PET Saúde. E-mail: deboradspa@hotmail.com.

Nathiele Plácido Belettini

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. Voluntária do PET Saúde. E-mail: nathiele_pb@hotmail.com.

Bárbara Lucia Pinto Coelho

Fisioterapeuta, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. Tutora e Preceptora do PET Saúde. E-mail: bl_coelho@hotmail.com.

Lisiane Tuon

Fisioterapeuta, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. Tutora e Preceptora do PET Saúde. E-mail: ltb@unesc.net.

RESUMO

O risco de quedas é considerado um dos grandes problemas de saúde pública e sua incidência aumenta entre os idosos. Desta forma o estudo tem como objetivo avaliar o risco de quedas no idoso institucionalizado. Foi realizada uma pesquisa por estudantes do PET saúde, com os idosos do Asilo Rede Viva do Bairro da Mineira Velha. A amostra foi composta por treze (13) idosos, na cidade de Criciúma –SC, sendo a média de idade 71 anos, numa faixa etária de 57 anos a 91 anos de idade. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: a Avaliação Fisioterapêutica (SANTOS,2006) avaliando fatores como idade, sexo, escolaridade, estado civil e tempo de residência. O resultado relacionado ao gênero vai de encontro com os achados da literatura que relatam que a proporção de mulheres é superior à população masculina e, os dados da pesquisadora apontam a prevalência do sexo masculino, sendo que 8 idosos são homens e 6 idosas mulheres. Para analisar o equilíbrio dos idosos foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg, sendo a resposta encontrada 43 pontos, indica que neste estudo houve alto risco de quedas, já que os idosos da amostra apresentam déficit de equilíbrio. Para avaliar a mobilidade foi empregado o Time Up and Go Test (TUGT) e a média de tempo gasto para a realização da tarefa foi de 19.8 segundos. Portanto, a maioria da amostra é considerada semi-independente, o que implica afirmar que há risco de quedas para essa população, já que o tempo gasto em segundos, para realização da tarefa foi considerado elevado.. Roteiro de Entrevista sobre quedas de DOWTON. Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar o déficit cognitivo. Neste estudo, 7 idosos apresentaram déficit cognitivo e 6 idosos não. Portanto, há maior risco de quedas entre os idosos residentes na instituição, confirmando com os achados da literatura.Verificou-se no estudo que os idosos institucionalizados tem um índice elevado para risco de quedas. Com este estudo, pode-se evidenciar a importância do acompanhamento fisioterapêutico em idosos institucionalizados, os quais apresentam importante déficit cognitivo, déficit de equilíbrio e mobilidade, sendo agravantes para ocasionar quedas. Diante de tais achados, sugere-se a atuação de uma equipe multidisciplinar, tanto de forma preventiva quanto curativa, com o intuito de reduzir o grau de dependência dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Idoso; Quedas; Institucionalizados; Demência.

ABSTRACT

The risk of falls is considered a major public health problems and its incidence among the elderly. Thus, the study aims to evaluate the risk of falls in the elderly institucionalizado. Research was carried out by students of PET health, the elderly Asylum Network Live Old Quarter of Mining. The sample was composed of thirteen (13) elderly in the town of Crickhowell, SC, the average being 71 years old, an age of 57 years to 91 years old. The research instruments used were: the physical therapy evaluation (SANTOS, 2006) evaluating factors such as age, gender, education, marital status and length of residence. The results related to gender goes against the findings of the literature reporting that the proportion of women is higher than the male population and the survey data indicate the prevalence of male patients, aged 8 who are elderly men and 6 women. To analyze the balance of the elderly were used to scale the Berg Balance, and found the answer 43 points, this study indicates that there was a high risk of falls, since the elderly sample demonstrate balance deficits. To assess mobility, we employed the Time Up and Go Test (TUGT) and the average time taken for completion of the task was of 19.8 seconds. Therefore, most of the sample is considered semi-independent, which means to say that there is a risk of falls in this population, since the time spent in seconds to complete the task was considered high .. Interview Script on Falls Dowton. Mini Mental State Examination (MMSE) to assess the deficit cognitvo. In this study, 7 Actuarial elderly had cognitive and 6 elderly not. Therefore, there is greater risk of falls among elderly residents in the institution, confirming the findings of literatura. Verificou in the study that the institutionalized elderly has a high risk for falls. With this study, we can highlight the importance of physiotherapy in the institutionalized elderly, which have significant cognitive impairment, impaired balance and mobility, and aggravating to cause falls. Based on these findings, we suggest the action of a multidisciplinary team, both preventive and remedial, in order to reduce the degree of dependence on institutionalized elderly.

Keywords: Elderly; Falls; Institutionalized; Dementia.

INTRODUÇÃO

Conforme os conceitos de DUTHIE et. al. (2002) as quedas podem provocar consequências físicas e psicológicas como declínio funcional, restrição da atividade, alteração da mobilidade, medo de reincidente de queda, lesões, hospitalizações e até institucionalização do idoso. Segundo o autor as quedas e a instabilidade podem ser indicativos de declínio da capacidade funcional e má saúde geral dos idosos.

A alta incidência de quedas em idosos ocorre devido a alterações intrínsecas e extrínsecas. As dificuldades propiciadas pelo ambiente como: buracos, escadas e terrenos irregulares constituem o grupo dos fatores extrínsecos. São classificados como fatores intrínsecos às alterações sensório-motoras inerentes ao processo de envelhecimento, tais como: diminuição de flexibilidade, mobilidade; declínio cognitivo; alterações visuais (CHRISTOFOLETTI et al., 2006).

Segundo Ramos e Toniolo Neto (2005) o risco de quedas é considerado como um dos grandes problemas de saúde pública, já que com o avançar da idade o risco de cair aumenta de modo significativo. Portanto, como há estimativa de maior longevidade e aumento expressivo de idosos na população competindo por recursos já escassos, haverá um aumento na demanda por cuidados de longa duração e atenção aos idosos.

Para avaliar o risco de quedas torna-se necessário realizar um exame físico detalhado suplementado com testes de desempenho. Nos testes de desempenho deve constar a verificação da pressão arterial e frequência cardíaca para detectar se há quadro de hipotensão postural (FORCIEA e LAVIZZO-MOUREY, 1998).

Diante do exposto acima, este trabalho tem como objetivo analisar o risco de quedas em idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

Características do Estudo

Com referência aos conceitos de Luciano (2001) trata-se de uma pesquisa de natureza básica, exploratória, aproximando o problema da hipótese. Em relação ao

problema é caracterizada como quali-quantitativa. Com relação aos objetivos é descritiva e exploratória, utilizando recursos de ordem bibliográfica e de levantamento. O trabalho teve como enfoque principal analisar o risco de quedas em idosos de casas de longa permanência na cidade de Criciúma-SC.

Caracterização da Amostra

A amostra foi selecionada a partir de uma população de idosos, do Asilo Rede Viva do Bairro Mineira Velha. Como critérios de inclusão foram selecionados indivíduos, que são considerados idosos (superior a 57 anos), de ambos os sexos, que deambulasse sem dispositivos auxiliares da marcha, e possuíssem condições de responder aos questionários. Como critérios de exclusão: idosos cadeirantes ou que utilizassem dispositivos auxiliares da marcha; idosos acamados, os que não quiseram participar deste estudo. Através desses critérios, utilizou-se o cálculo de Costil (BARBETTA, 2007) onde a amostra ficou composta por 13 idosos.

Esta pesquisa foi realizada por estudantes do PET Saúde no Asilo Rede Viva do Bairro Mineira Velha, na cidade de Criciúma –SC, nos meses de março a setembro de 2009, no período da tarde, de segunda-feira à sexta-feira.

O presente estudo teve como objetivo analisar o risco de quedas através de testes de avaliação funcional do equilíbrio e um roteiro de entrevista sobre quedas.

Instrumentos para Coleta de Dados

Para realização da pesquisa foi realizada uma entrevista já validada direcionada ao foco de pesquisa. Foram abordados, principalmente, tópicos relacionados com a identificação, condição geral de saúde, hábitos de vida e histórico de patologias associadas à imobilidade ao leito. Além da entrevista foi aplicada a escala de equilíbrio de Berg, para a avaliação da mobilidade foi empregado o teste Timed Up and Go Test – TUGT.

Para avaliar o déficit cognitivo foi utilizado o Mini Mental State Examination -MMSE (FOLSTEIN et al. , 1975 apud ROSSELLI M, TAPPEN R, WILLIAMS C, SALVATIERRAJ. , 2006).

Durante o processo de coleta de dados, foram utilizados ainda, materiais para aferir a pressão arterial (estetoscópio e esfigmomanômetro), a temperatura (termômetro), a frequência cardíaca e respiratória (relógio digital), uma cadeira com apoio para os braços e uma fita métrica para realizar o teste TUGT.

Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente foi realizado um contato com o responsável pelo Bairro para informar sobre o projeto proposto pelos pesquisadores. Após ter sido aceito, foi solicitado um termo de autorização do local e assinado pela responsável pela instituição (APÊNDICE B).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, e aprovado (protocolo 58/2009) e logo após os pesquisadores iniciaram a pesquisa.

Em um primeiro contato, os pesquisadores realizaram uma reunião com todos os para verificar os interessados em compor o estudo e os que possuíam condições psíquicas para participar da pesquisa. A reunião aconteceu durante o horário melhor para todos.

Os pesquisadores explicaram o estudo e fizeram uma leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos mesmos, para apurar aqueles que pretendiam aderir voluntariamente aos propósitos da pesquisa. Neste termo, foi esclarecido todo o objetivo do trabalho, bem como os procedimentos realizados em sua ordem de execução (APÊNDICE A).

Em horários estabelecidos com a responsável, os pesquisadores aplicaram a entrevista e realizam a Avaliação Fisioterapêutica (ANEXO 1), Escala de Equilíbrio de Berg (ANEXO 2), Time Up and Go Teste -TUGT (ANEXO 3), Roteiro de Entrevista Sobre Quedas (ANEXO 4), Mini Mental State Examination – MMSE (ANEXO 5).

A pesquisa foi realizada durante o primeiro e segundo semestre de 2009, sendo que o período para coleta dos dados ocorreu no percurso do segundo semestre de 2009, nos meses de julho a setembro.

Procedimentos para Análise de Dados

Os dados obtidos nas avaliações/questionários foram devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa Microsoft Excel para construção de gráficos e assim analisados, discutidos e confrontados com a literatura científica.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Esta pesquisa foi realizada por acadêmicos do PET Saúde no Asilo Rede Viva do Bairro Mineira Velha da Criciúma –SC, no período vespertino, de segunda-feira à sexta-feira. A amostra foi composta por 13 (treze) idosos institucionalizados. A avaliação quanto à idade, o sexo, a escolaridade, o tempo de residência, sintomas, a Escala de Equilíbrio de Berg, Roteiro de Entrevista sobre Quedas, Time up and Go Test, Mini Mental State Examination foi realizado com toda a amostra.

A idade média da população foi de 71 anos, sendo a idade mínima de 57 anos e a máxima de 91 anos.

As mulheres constituem 81,1% da população dos asilos. Tal fato aponta que a institucionalização parece ser uma questão feminina. Segundo estudos, em Israel e no Canadá as mulheres representam 70% dos idosos residentes em instituição de Longa Permanência (RUBENSTEIN,1996).

Segundo CHAIMOWICS (1999) essa tendência se explica, em parte, pelo fato das mulheres terem sobrevivido maior que os homens.

Quanto a análise do gênero pode-se verificar que 5 idosas eram do sexo feminino e, 8 idosos do sexo masculino. Portanto, comparando-se com a literatura, nota-se que os resultados encontrados no Asilo Rede Viva do Bairro Mineira Velha foram compostos por um número maior de homens, contrariando a estatística que normalmente aponta incidência maior de risco de quedas em mulheres.

Durante a aplicação da Avaliação Fisioterapêutica (SANTOS,2006), quando questionados sobre sua escolaridade, 5 não tem nenhuma escolaridade (analfabetos), 1 idosa está sendo alfabetizada aos 76 anos por voluntárias (Mobral), 5 dos idosos avaliados tem o primário, 1 têm o ensino secundário, 1 têm o ensino universitário (Pós-Graduação). Quando questionados sobre o fato de saber ler, 7 idosos relatam não saber ler e 6 idosos relatam saber ler.

Idosos com menor nível de escolaridade apresentam probabilidade cerca

de cinco vezes maior de possuir dependência moderada ou grave (COSTA ROSA et al., 2003).

De acordo com os dados da pesquisadora apenas um idoso possui ensino secundário e um possui ensino superior (universitário) , portanto a maioria dos idosos da amostra são considerados dependentes, sendo um agravante para a ocorrência de quedas.

Quanto ao estado civil dos idosos institucionalizados, os resultados foram de, 5 solteiros, 3 são casados e, 5 viúvos.

Bazo (1991), aponta que idosos casados fazem parte em menor proporção da população geriátrica institucionalizada se comparados com idosos solteiros. Os dados coletados no Asilo Rede Viva do Bairro Mineira Velha condizem com a afirmação do autor, já que de toda a amostra, apenas 3 idosos são casados.

Há uma alta porcentagem de idosos solteiros institucionalizados. Tal fato pode ser indicativo de marginalização dos mesmos, negligência por parte dos familiares. Em alguns casos, o próprio idoso, por acreditar ser um incômodo para sua família, prefere o isolamento da sociedade (Lucena et al., 2002).

O tempo de residência na instituição variou entre os idosos asilados em mais de um (1) ano e em menos de um(1) ano. Sendo que 11 idosos são residentes na instituição há mais de um ano e apenas 2 residem há menos de um ano. A média foi de 1 ano e 3 meses para tempo em que reside na instituição.

Segundo os conceitos de PEREIRA (et al, 2004), o perfil do idosos institucionalizados é diferenciado, pois estes apresentam carência afetiva, ausência de familiares que auxiliem o idoso no auto cuidado, perda da autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, grande nível de sedentarismo, insuficiência de suporte financeiro. Tais fatores citados contribuem para a prevalência de comorbidades e de limitações físicas refletindo na perda de autonomia e independência dos idosos.

Com isso, pressupõe-se que os idosos que praticam atividades físicas e estão inseridos no ambiente familiar possuem uma vida social mais ativa tornando-os mais independentes. Já os idosos institucionalizados, tornam-se mais dependentes, à medida em que aumenta o tempo de permanência na instituição.

Diante do exposto, acredita-se ainda que o grau de dependência do idoso é diretamente proporcional ao comprometimento da sua qualidade de vida. Com o decorrer dos anos acarreta em incapacidades físicas e cognitivas para o idoso.

Quando questionados sobre o fato de possuir alguma doença ou queixa, 7 idosos responderam afirmativa (sim) , sendo que 2 idosos relatam dor na perna ao andar, 1 apenas dor na perna, 1 relata dor no joelho, 2 relatam HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus) e um deles, ainda se queixa de crises de asma e apenas 1 idoso relata sensação de estômago pesado. E 6 idosos relatam não possuir queixa ou doença.

Com relação aos sintomas, 5 idosos se queixam de alterações visuais, 4 idosos apresentam alterações cardíacas, 3 possuem alterações alérgicas, 2 alterações respiratórias, 2 alterações neurológicas e 2 apresentam alterações auditivas.

De toda a amostra, 9 idosos relatam que não sofreram nenhuma fratura e apenas 4 relatam que já sofreram fratura.

As quedas que resultam em períodos prolongados de permanência do idoso no chão, perdas funcionais ou lesões físicas são as mais associadas ao medo de cair. Quando o idoso apresenta sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade, insegurança, sente-se desmoralizado, ocorre perda do controle e ansiedade em relação à doença e a morte, é indicativo de que o medo de quedas ou reincidentes de quedas está progredindo e tornando-se debilitante (KAPLAN, 1997).

Quando questionados sobre o fato de apresentarem dores na coluna vertebral: 7 idosos responderam que não possuem e 6 idosos da amostra relatam que apresentam dores, sendo que destes 2 citam a coluna cervical como fonte de dor e apenas um citou a coluna lombar.

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n=13)

Características	N=13
Sexo	Masculino: 8 Feminino: 5
Idade	Média: 71±10
Saber ler	Sim: 6 Não: 7
Escolaridade	Nenhuma: 5 Mobral: 1 Primária: 5 Secundária: 1 Universitária (Pós-Graduação): 1
Desde de quando vive na instituição?	Média: 1 ano e 3 meses
Possui alguma doença, queixa. Qual ?	HAS: 2 DM: 2 Dor membro inferior: 4 Outros: 2 Não: 6
Sintomas	Alterações Cardíacas: 4 Alterações Respiratórias: 2 Alterações Neurológicas: 2 Alterações Auditivas: 2 Alterações visuais: 5 Alterações alérgicas: 3 Não: 2
Sofreu alguma fratura?	Sim: 4 Não: 9
Vc apresenta dores na coluna vertebral?	Sim: 6 Não: 7

Fonte: Dados das Pesquisadoras

Para análise do risco de quedas foi aplicado o Roteiro de Entrevista Sobre Quedas, em 13 idosos da instituição. Sendo que ,conforme a Escala de Avaliação de Risco de Quedas de Dowton, deve-se somar um (1) ponto para cada item com asterisco (*). Das questões que compõem a entrevista, da pergunta 1 à 5 há

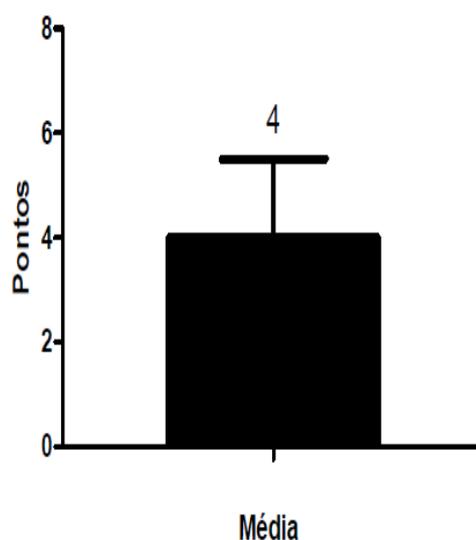
probabilidade de somar pontos, dependendo da resposta dada. Pergunta 1. Quedas anteriores, caso a resposta seja afirmativa soma-se um ponto (*). Questão 2. Medicamentos: Tranqüilizantes-Sedativos* , Diuréticos* , Hipotensores* ,Antiparkinsonianos* e Antidepressivos*. Cada uma dessas resposta vale um ponto pois contem um asterisco (*). O item 3 analisa o Déficit sensorial e deve-se somar um ponto às respostas que possuem asterisco, tais como : Alteração da Visão* ,Alterações Auditivas* e Alterações dos Membros MI* e MS* . Já ao questionamento 4 precisa-se somar um ponto quando o paciente estiver Confuso* , isso com relação ao estado mental. E, por fim, na questão 5 que trata do tema marcha, soma-se um ponto quando a mesma for definida como insegura com ou sem ajuda* .

Após os questionamentos, obteve-se como média 4 pontos. Com isso, pode-se afirmar que há entre os idosos institucionalizados, um índice elevado para risco de quedas. Já que, para o autor * Três ou mais pontos indicam riscos elevados de quedas.

Com isso, fica evidente que as alterações decorrentes do envelhecimento e as doenças associadas são fatores de grande relevância para explicar o alto índice de quedas em idosos.

Figura 1 – Roteiro de Entrevista sobre Quedas (n=13)

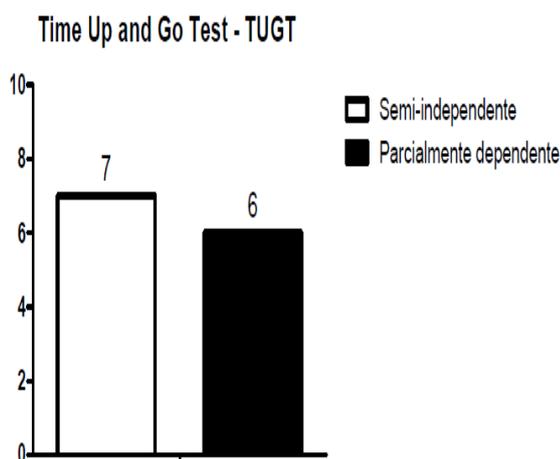
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS



Fonte: Dados das Pesquisadoras

De acordo com os conceitos de MATHIAS et al.,1986, considera-se independente o idoso que consegue realizar o teste em até 10 segundos; semi-independente quando o tempo gasto para realização da tarefa está entre 10,01 e 20 segundos e acima de 20,01 segundos para realizar a prova o idoso é considerado parcialmente dependente. O estudo demonstrou que 7 eram semi-independentes e 6 parcialmente dependentes.

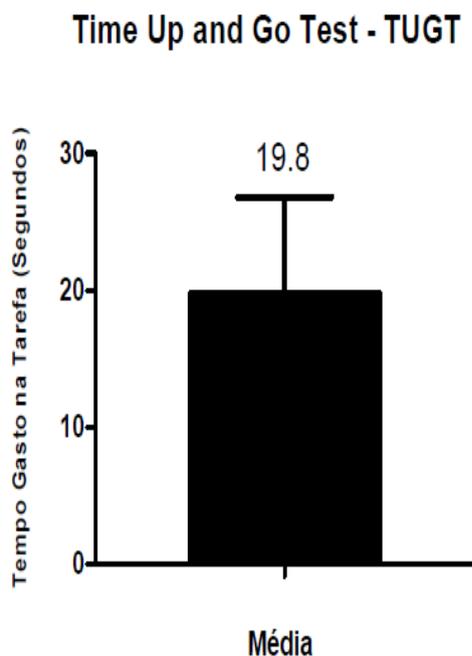
Figura 2 – Teste da Mobilidade - TUGT (n=13)



Fonte: Dados das Pesquisadoras

Velocidades lentas de marcha estão relacionadas com instabilidade postural. A velocidade da marcha possui relação importante com os testes de mobilidade funcional. Segundo estudos retrospectivos, as baixas velocidades de marcha dos idosos apontam os que têm risco elevado de quedas (Soares et al., 2003).

Para análise da mobilidade foi aplicado o teste de TUGT, em 13 idosos da instituição e a média de tempo gasto para a realização da tarefa foi de 19.8 segundos. Portanto, a maioria da amostra é considerada semi-independente, o que implica afirmar que há risco de quedas para essa população, já que o tempo gasto em segundos, para realização da tarefa foi considerado elevado.

Figura 3 – Teste da Mobilidade - TUGT (n=13)

Fonte: Dados das Pesquisadoras

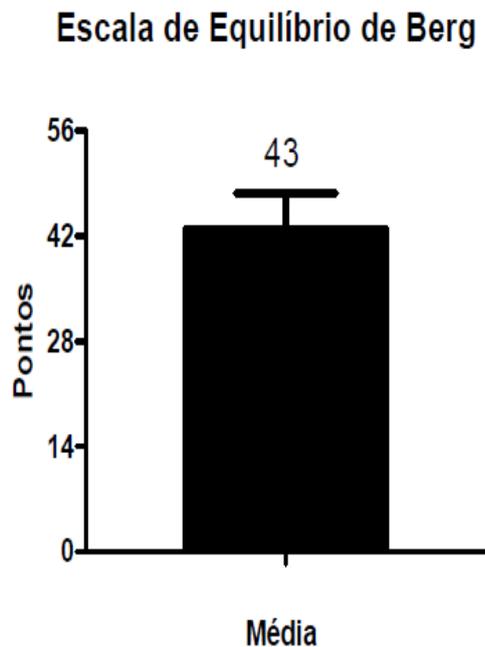
Para análise do equilíbrio foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg, em 13 idosos da instituição, sendo que esta escala tem sido apontada na literatura internacional como instrumento válido na determinação de idosos com maior chance de quedas. A escala de equilíbrio de Berg (BERG et al., 1992; MIYAMOTO et al., 2004) é utilizada para determinar os fatores de risco para perda da independência e para quedas em idosos. Trata-se de uma escala que atende algumas propostas como: descrição quantitativa da habilidade de equilíbrio funcional, acompanhamento do progresso dos pacientes e avaliação da efetividade das intervenções na prática clínica e em pesquisas. Além disso, avalia o desempenho do equilíbrio funcional em 14 itens comuns à vida diária. Cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Portanto, a pontuação máxima pode chegar a 56 pontos.

De acordo com SHUMWAY-COOK & WOOLLACOTT (2003) apud BERG et al., 1992; MIYAMOTO et al., 2004), na amplitude de 56 a 54, cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 a 4% abaixo no risco de quedas, de 54 a 46 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances, sendo que abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100%.

Sendo a resposta encontrada 43 pontos indica que neste estudo houve alto risco de quedas, já que os idosos da amostra apresentam déficit de equilíbrio.

O equilíbrio é uma habilidade importante para que o idoso consiga desempenhar tanto tarefas simples, como as desafiadoras. Segundo o autor, o surgimento de doenças crônicas, as interações farmacológicas, as alterações fisiológicas do envelhecimento, ou mesmo as disfunções específicas, acarretam em alterações do equilíbrio, que contribuem para desencadear quedas nessa população (GAZZOLA et al, 2005).

De acordo com PERRACINI (2003) as conseqüências mais perigosas do desequilíbrio e da dificuldade de locomoção são as quedas, seguidas por fraturas, deixando os idosos acamados por dias ou meses e sendo responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos. O desequilíbrio é um dos principais fatores que limitam a capacidade funcional do idoso e o predispõem ao maior risco de quedas.

Figura 4 - Escala de Equilíbrio de Berg (n=13)

Fonte: Dados das Pesquisadoras

Para avaliar o déficit cognitivo foi utilizado o Mini Mental State Examination- MMSE. Esse instrumento é composto por 7 categorias com o intuito de avaliar funções cognitivas específicas, tais como : orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e praxia visuo-construtiva. Para cada acerto é somado um ponto ao total. O escore desse teste varia de 0 a 30 pontos , sendo que nos resultados quando há valores mais baixos, estes apontam para um possível déficit cognitivo. (CHRISTOFOLETTI et al., 2006).

Como o teste sofre influência da escolaridade, valores de referência foram propostos por Folstein (et al. ,1975 apud Rosselli M, Tappen R, Williams C, Salvatierra J. ,2006), que consideram com defeito cognitivo : analfabetos com pontuação menor ou igual à 15 pontos; pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade que atingiram pontuação menor ou igual a 22 e os com escolaridade superior a 11 anos com pontuação menor ou igual a 27 pontos apresentam déficit cognitivo. Neste estudo, 7 idosos apresentaram déficit cognitivo e 6 idosos não. Portanto, há maior risco de quedas entre os idosos residentes na instituição, confirmando com os achados da literatura.

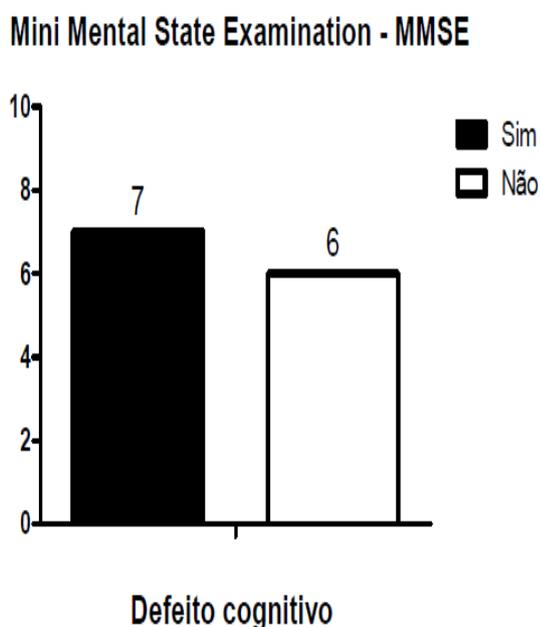
Segundo RAPPORT et al., 1998 a adaptação do idoso com demência à ambientes novos pode ser dificultada pelo comprometimento da atenção e da memória, principalmente da memória recente ou de aquisição. Para esse grupo, a dificuldade de memorização de informações novas como a mudança para uma nova casa, a simples troca de um móvel de local implica em aumento do risco de quedas. Além disso, desorientação espacial, desorientação das funções executivas, apraxia, agnosia também podem estar relacionadas às quedas com idosos.

Segundo o mesmo autor, um estudo realizado sobre quedas comprovou que a influência de debilidades sensoriais e motoras é moderada, em parte pelas funções executivas. Já que os pacientes que possuem deficiência nessas funções apresentam uma tendência a agir de modo arriscado e inadequado, elevando os riscos de quedas.

Através de estudos, Guo et al.,1998 e Salgado et al., 1994 observam aumento do risco de quedas, seguidas ou não de fraturas, associadas ao déficit cognitivo e demência.

De acordo com os conceitos de CARMELI et al., 2005 o risco de quedas em idosos é elevado nos que apresentam déficit cognitivo. Aliado a isso, está a exclusão social, a negligência e sintomas depressivos. Esses fatores, contribuem para aumentar a fraqueza muscular global e reduzir o desempenho nas atividades físicas.

Figura 5 – Mini Mental State Examination (n=13)



Fonte: Dados das Pesquisadoras

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo do envelhecimento vem acompanhado por problemas de saúde físicos e mentais provocados, frequentemente por doenças crônicas e quedas.

Segundo o autor Santos (2005), queda é um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil e apoio no solo.

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e músculo esquelético de forma integrada.

Em relação a primeira questão, entre os principais fatores relacionados com as quedas estão a idade, sexo feminino, debilidade, uso de medicamentos, pouca visão, perturbação da cognição, condições neuromusculares crônicas, doenças agudas, dificuldade de levantar de uma cadeira, comportamentos arriscados, histórias de quedas ou escorregamentos anteriores (DUTHIE et. al. (2002). Os resultados encontrados durante a aplicação dos questionários tem correlação e confirmam os estudos da literatura.

RAMOS e TONIOLO NETO (2005), afirmam que os fatores apontados na maioria dos estudos como fatores determinantes de quedas foram: presença de declínio cognitivo e inatividade, fraqueza muscular, distúrbios da mobilidade, marcha e equilíbrio, idade igual ou superior a 75 anos, sexo feminino, história prévia de quedas anteriores e de fraturas, uso de medicamentos , principalmente psicotrópicos, em especial benzodiazepínicos.

Com o aumento da idade a população idosa sofre diversas alterações fisiológicas, proporcionando maior risco de quedas.

Referente a segunda questão da pesquisa, pode-se afirmar que o déficit cognitivo e os quadros demencias aumentam a incidência de quedas em idosos institucionalizados.

O declínio cognitivo foi apontado em estudos como uma variável que influencia diretamente o risco de quedas na população idosa (CRESS et al., 2003).

A correlação entre risco de quedas e declínio cognitivo encontrado em

estudos, indica que o déficit cognitivo é uma variável que está associada ao aumento do risco de quedas em idosos e contribui para tal de forma bem significativa (SAMSON et al., 2000).

De acordo com os conceitos de DUTHIE et. al. (2002), os idosos institucionalizados apresentam alguns problemas peculiares e têm maior probabilidade de sofrer perturbação do raciocínio e possuir má cognição, geralmente tomam muitos remédios. Além disso, esses idosos residentes em lares/abrigos apresentam maior número de incapacidades.

Os presentes dados apontam para o alto índice do risco de quedas nos idosos de instituição de Longa Permanência na Cidade de Criciúma-SC. Tal fato, sugere a relevância de intervenções, inclusive preventivas, sobre esse aspecto.

Através de estudos como este, pretende-se prevenir as quedas, com isso evitar consequências emocionais, econômicas e sociais. Tendo em vista que, evitar o evento de quedas tanto em hospitais, como em instituições de longa permanência é considerado uma conduta de boa prática geriátrico-gerontológica. Tais cuidados preventivos são considerados como um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos (Ramos e Toniolo Neto, 2005).

Com este estudo, pode-se evidenciar a importância do acompanhamento fisioterapêutico em idosos institucionalizados, os quais apresentam importante déficit cognitivo, déficit de equilíbrio e mobilidade. Em relação as enfermidades crônicas, os dados foram obtidos através de entrevista com os idosos, informação de funcionários que trabalham no local. Para futuros trabalhos científicos sugere-se analisar a população idosa de outras Instituições de Longa Permanência e comparar os dados obtidos, além disso coletar as informações a partir de exames clínicos mais detalhados.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Disponível em: <http://www.abraz.com.br>. Acessado em: 08 de abril de 2009.

ALBUQUERQUE, Rodrigo Barbosa; GERALDES, Amandio Rihan. **Desempenho funcional de idosos asilados.** Editora Atlântida. Rio de Janeiro, 1999.

BARBOSA, Egberto Reis; FERRAZ, Henrique Ballalai. Introdução e terapêutica na doença de Parkinson. **Revista Racine**, São Paulo, v. 16, n. 91, p. 20-32, mar. /abr.

2006.

BAZO MT. El estatus familiar y la salud, elementos claves en la intitucionalización de las personas ancianos (2ª parte). **Revista Gerontologia**, v.1, p.86-96, 1991.

BERG KO. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. **Phys Canada** 1989; 41: 304-8.

CARMELI E., ZINGER V.T., MORAD M., MERRICK J. Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intelectual disability? **Mech Ageing DEV**. 2005; (126): 299-304.

CARVALHO, A.M.; COUTINHO,E.S.F. **Demência como Fator de Risco para Fraturas Graves em Idosos**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.4,ago 2002.

CARVALHO FILHO, E. T.; **PAPALÉO NETTO**,M. **Geriatría:fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 447 p.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO,D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Rev. Saúde Pública, v.33, n.5.São Paulo,Oct.,1999.

CHRISTOFOLETTI, G.;OLIANI,M.M.;GOBBI, L.T.B.;GOBBI, S.; STELLA, F. Risco de Quedas em Idosos com Doença de Parkinson e Demência de Alzheimer: Um Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 429-433, out./dez. 2006.

CORDEIRO, Renata et al. Concordância entre observadores de um protocolo da avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados. **Revista Fisioterapia Universidade de São Paulo**, SP, v9, n.2, p. 69-77, jul/dez 2002.

COSTA ROSA, Tereza Etsuko et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

COUTINHO, E.S.F.; SILVA, S.D.**Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos**. Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.5.Rio de Janeiro,Sept./Oct.,2002.

CRESS M.E, BUCHNER D.V., PROHASKA T., RIMMER J., BROWN M., MACERA C., et al. Physical activity programs and behavior counseling in older adult population. **Med Sci Sports Exerc**. 2004; 36 (11) : 1997-2003.

CREUTZBERG, M.; GOLÇALVES, L.H.T.;SOBOTTKA, E.A. **Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece**. Texto & contexto – enfermagem. v.17,n.2.Florianópolis,Apr./June,2008.

DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. (Coord.). **Geriatría prática**. 3.ed Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 582 p.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.;JUNIOR, M.L.C. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**, 2004.

FORCIEA, M.A.; LAVIZZO-MOUREY, R. **Segredos em Geriatria: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos**. Porto Alegre: Artmed, 1998. 328 p.

FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALLO, Joseph J. (Editor). **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 635 p.

GANANÇA, F.F.;GAZZOLA,J.M.;ARATANI,M.C.;PERRACINI,M.R.;GANANÇA, M.M.Circunstâncias e conseqüências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**.V.72.N.3.São Paulo,May/June,2006.

GAZZOLA, Juliana M.; GANANÇA, Fernando F., et al. O envelhecimento e o sistema vestibular. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, jul/set. 2005, v.18, n.3, p.39-48.

GUEDES, F.M.; SILVEIRA, R.C.R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 10-21 - jul. /dez. 2004.
GUIMARÃES,L.H.C.T.;GALDINO,D.C.A.;MARTINS,F.L.M.;VITORINO,D.F.M.;PEREIRA,K.L.;CARVALHO, E.M. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, v.12, n.2, abr/jun, 2004.

GUIMARÃES, R. M. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia: Prevenção das doenças associadas ao envelhecimento**. Científica Nacional, Rio de Janeiro, maio 1996.

GUO Z., WILLS P., VITANEN M., FASTBOM J., WINBLAD B. Cognitive impairment, drug use, and the risk of hip fracture in persons over 75 years old : a community-based prospective study. **Am J Epidemiol** 1998;148:887-92.

IKE, Daniela; CARDOSO, Natalia Pereira; BARALDI, Izabel. Análise da incidência de quedas e a influência da fisioterapia no equilíbrio e na instabilidade postural de pacientes com Doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.4-8, fev. 2008.

KAPLAN H.I. Transtornos de ansiedade. **In: Compêndio de psiquiatria, ciência do comportamento e psiquiatria clínica**.7.ed. Porto Alegre: Artmed;1997.

LIMONGI, João Carlos Papaterra (Org.). **Conhecendo melhor a doença de parkinson : uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia-a-dia**. São Paulo: Plexus, 2001.

LUCENA, Neide Maria Gomes et al. Análise da Capacidade Funcional em uma População Geriátrica Institucionalizada em João Pessoa. **Revista Fisioterapia Brasil**, v.3, n.3, mai/jun 20002.

LUCIANO, Fábila Liliã. **Metodologia Científica e da Pesquisa**. Série interdisciplinar. Criciúma: edição do autor. Vol. 1, out., 2001.

MAZIERO L.M.; VIEIRA, M.S.; DIAS, L.S.A.; DIAS,A.M. **Avaliação de Propensão a Quedas em Idosos Institucionalizados**. VIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IV Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2004.

MIYAMOTO, ST et al. Brazilian version of the Berg balance scale. **Braz J Med Biol Res**, v. 37, n. 9,p.1411-1421, 2004.

MONTE, Soraya Carvalho da Costa; PEREIRA, João Santos; SILVA, Marco Antônio Guimarães. A intervenção fisioterapêutica na doença de Parkinson= The physical therapy intervention in Parkinson disease. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.5, n.1 , p.61-65, jan./fev./2004.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2000. 524 p.

PEREIRA, Leoni Souza Maximo; BRITTO, Raquel; VALADARES, Nívea Costa; PEREIRA, Eduardo Ferreira. **Programa De Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados**. Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; Belo Horizonte 12 a 15 Setembro de 2004.

PERRACINI, Mônica Rodrigues. **Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso**, 2003.

PRADO, A.L.C. **Avaliação da memória emocional na Doença de Parkinson**. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, 2008.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde Pública** 2003; 19:793-7

RAMOS, Luiz Roberto; TONIOLO NETO, João. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole, 2005. 346 p.

RAPPORT L.J., HANKS R.A., MILLIS S.R., DESHPAND S.A. Executive functioning and predictors of falls in the rehabilitation setting. **Arch Phys Med Rehabil** 1998;79:629-33.

RIBEIRO, A.P.;SOUZA,E.R.;ATIES,S.;SOUZA,A.C.;SCHILITZ,A.O. **A Influência das quedas na quantidade de vida de idosos**. Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde-CLAVES, Rio de Janeiro, set.2006.

RODRIGUES, Rosalina A. Partezani; DIOGO, Maria José D. **Como Cuidar dos idosos**. 5.ed São Paulo: Papyrus, 2005. 125 p.

ROSSELLI M, TAPPEN R, WILLIAMS C, SALVATIERRA J. The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. **Arch Clin Neuropsychol**. 2006 Oct;21(7):677-86. Epub 2006 Sep 11.

ROWLAND, Lewis P. **Merritt tratado de neurologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RUBENSTEIN LZ, Nasr SZ. Health service use in physical illness. In: Ebrahim S, Kalache A. **Epidemiology in old age**. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 106-25.

SALGADO R., LORD S.R., PACKER J., EBRILICH F. Factors associated with falling in elderly hospital patients. **Gerontology** 1994;40:325-31.

SAMSON M.M., MEEUWSEN I.B.A.E., CROWE A, DESSENS J.A.G., DUURSMA S.A, VERHARR H.J.J. Relationships between physical performance measures: age, height and body weight in healthy adults. **Age Ageing**.2000;(29) : 235-42.

SANTOS, M.L.C; ANDRADE, M.C. Incidência de Quedas Relacionada aos Fatores de Riscos em Idosos Institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia. v.29,n.1, p.57-68,jan./jun. 2005.

SILVA, I.F.O. **Aspectos do envelhecimento cerebral e função cognitiva em modelo experimental animal e estudo de mecanismos de neurodegeneração em cultura celular**. Monografia de Graduação e Dissertação.Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

SILVA, T.M.;NAKATANI, A.Y.K.;SOUZA, A.C.S.;LIMA, M.C.S. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 64 - 78, 2007.

SIQUEIRA,F.V.;FACCHINI,L.A.;PICCINI,R.X.;TOMASI,E.;THUMÉ,E.;SILVEIRA,D.S.;VIEIRA,V.;HALLAL,P.C.Prevalência de quedas em idosos e fatores associados.**Rev. Saúde Pública, São Paulo**, vol.41, n.5,Oct. 2007.

SOARES, Antonio Vinícius; MATOS, Fábio Marcelo; LAUS, Luiza Helena; SUZUKI, Simone. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.4, n.1 , p.12-16, fev./2003.

STOKES, Maria. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000.

TERRA, N. L.; BOSCHIN, R. C.Simpósio Do Envelhecimento: Mitos e Verdades Sobre Terapias Antienvelhecimentos. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, out-dez, 2004.

TERRA, N. L. **Geriatría moderna para leigos**. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007.

AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO BRASIL: A CIDADANIA ATIVA COMO CONDIÇÃO DE POSSIBILIDADE PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Andressa Fracaro Cavalheiro

Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Especialista em Direito Administrativo pelo Instituto de Direito Romeu Felipe Bacellar. Docente do curso de graduação em Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Direitos Humanos – GPDH, vinculado à Unioeste e do Grupo de Pesquisa Governo Eletrônico, Inclusão Digital e Sociedade do Conhecimento, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, ambos cadastrados junto ao CNPq.

Bruna Schlindwein Zeni

Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Professora da Pós-Graduação em Direito do Estado da Universidade Anhanguera – UNIDERP – Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes. Analista Editorial da Thomson Reuters – Revista dos Tribunais.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir acerca do papel das Conferências de Saúde no Brasil para a efetivação da saúde em nosso país. Para tanto, inicialmente apresenta o conceito, o surgimento e a evolução da cidadania, no sentido de demonstrar sua indissociável relação com a sociedade civil e os movimentos sociais. Movimentos esses que originam a Reforma Sanitária, dentro do qual emergem os Conselhos Populares de Saúde. Os movimentos sociais também foram responsáveis pela realização das Conferências de Saúde que, com a promulgação do Texto Constitucional, torna-se, juntamente com o Conselho de Saúde, instância colegiada viabilizadora da participação da comunidade nas ações e serviços de saúde. Contudo, para que esses espaços de controle social sejam efetivos, a qualificação das formas e meios de representação precisam ser melhorados, sendo a sociedade civil a principal responsável para que isso aconteça. Como se verá, o movimento sanitarista somente se efetivará mediante o exercício da cidadania ativa por todos nós.

Palavras-chave: Conferências de Saúde; Cidadania; Movimentos Sociais; Reforma Sanitária; Saúde.

ABSTRACT

This article has as objective to do a reflexion concerning the role of the Health Conferences in Brazil to make effective the health in Brazil. For this, initially its presented the concept, the sprouting and the evolution of the citizenship, in the direction to demonstrate to its inseparables relation with the civil society and the social movements. Movements these that originate the Sanitary Reformation, inside of which the Popular Council of Health emerges. The social movements had also been responsible for doing the Conferences of Health that, with the promulgation of the Constitution, becomes, unitedly with the Council of Health, instance that turns possible the participation of the community in the actions and services of health. However, so that these spaces of social control be effective, the qualification of the forms and ways of representation needs to be improved, being the civil society the main responsible to this happens. As it will be seen, the sanitary movement will only be accomplish by the exercise of active citizenship by all of us.

Keywords: Health Conferences; Citizenship; Social Movements; Sanitary Reformation; Health.

INTRODUÇÃO

Às vésperas da realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, uma reflexão sobre seu papel na busca pela efetivação do direito à saúde em nosso país mostra-se deveras relevante.

Sendo as Conferências espaços institucionalizados de participação popular conceitos como cidadania, sociedade civil e movimentos sociais reputam-se necessários para o entendimento de que como o processo de Reforma Sanitária moldou as bases do atual Sistema Único de Saúde.

Assim, para dar conta de tal desiderato, este trabalho divide-se em três seções, a primeira tratando da importância dos movimentos sociais no reconhecimento da saúde no Brasil, a partir dos conceitos de cidadania, sociedade civil e participação social; a segunda, tratando do surgimento das Conferências de Saúde, destaca a 8ª Conferência Nacional, realizada em 1986 que, contando com intensa participação comunitária, possibilitou a criação do SUS; na terceira são feitas considerações sobre as Conferências a partir da promulgação da Constituição de 1988, destacando-se críticas relacionadas a 13ª Conferência e o funcionamento da que ocorrerá ainda este ano, ou seja, a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Para consecução deste trabalho utilizou-se o método de abordagem dedutivo e o método procedimental analítico, com pesquisa do tipo qualitativa por meio de bibliografia.

Cidadania e participação social: a importância dos movimentos sociais no reconhecimento da saúde como direito social no Brasil

Para se falar em participação social, participação popular ou mesmo participação da comunidade (e aqui usaremos estas expressões como sinônimos) é preciso falarmos de cidadania, porque sob tal designação se expressa “um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo do seu povo”. (DALLARI, 2004).

A cidadania é um conceito forjado inicialmente na cidade e embora historicamente tenha assumido várias formas em função dos diferentes contextos culturais (VIEIRA, 2004, p. 22), originariamente corresponde ao conjunto de deveres de homens e mulheres livres, que se realizava através das instituições de representação e de governo no âmbito local. O cidadão era o habitante da cidade. (BORJA, 1999, p. 361).

O termo cidadania não foi inventado pela República Moderna, mas pela República Antiga. Na antiguidade, o homem era um ser sem direitos, por oposição ao cidadão (o único a ter direitos porque pertencente à cidade). Na era moderna, o homem é sujeito de direito não apenas como cidadão, mas também como homem. Assim, é a igualdade dos cidadãos e o acesso ao poder que fundam a cidadania antiga e a diferenciam da cidadania moderna. (VIEIRA, 2004, p. 27).

O princípio da cidadania moderna funda-se, portanto, sobre a ideia de humanidade e, por isso, enfrentou muitas dificuldades de aplicação, como, por exemplo, a admissão, pela República Moderna, de que a pessoa humana é dupla, compreendendo o homem e a mulher, razão pela qual somente no século XX o sufrágio universal se estendeu às mulheres. (VIEIRA, 2004, p. 30).

A cidadania, fundada na ideia de humanidade, tem sido cada vez mais afastada da concepção de nacionalidade e, assim, torna-se possível concebê-la como o sentimento de pertencimento a uma comunidade política onde se possa participar independentemente de se ter nascido ou não dentro de seus limites geográficos ou, então, descender dos que em tais limites nasceram. Surge a partir daí, então, o conceito de cidadão do mundo que vem sendo paulatinamente construído pela sociedade civil de todos os países. (VIEIRA, 2004, p. 32).

Todavia, adverte Borja (1999, p. 364), que nas sociedades pós-industriais, há a necessidade de gerar entre seus membros um tipo de identidade na qual se reconheçam e que os faça sentir-se pertencentes a ela, porque onde há um déficit de adesão por parte dos cidadãos ao conjunto da comunidade, torna-se impossível responder conjuntamente aos desafios que atingem a todos.

Assim, pode-se entender a cidadania como “o fato de saber-se e sentir-se cidadão de uma comunidade” (BORJA, 1999, p. 364), do que decorre o entendimento de que no conceito de cidadania encontram-se duas questões-chave:

[...] um aspecto racional, segundo o qual uma sociedade deve ser justa para que seus membros sintam sua legitimidade, e um sentimento de pertencer, enquanto a cidadania reforça os laços de identidade. Parece, pois, que a racionalidade da justiça e o sentimento de pertencer a uma comunidade devem andar juntos se queremos assegurar cidadãos plenos, assim como uma democracia sustentável. (BORJA, 1999, p. 364).

A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na definição de instituições permanentes para a expressão política, significando necessariamente conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2004, p. 40).

Os direitos de cidadania são, ao mesmo tempo, deveres, já que a natureza associativa da pessoa humana, a solidariedade natural característica da humanidade, a fraqueza dos indivíduos isolados quando devem enfrentar o Estado ou grupos sociais poderosos são fatores que tornam necessária a participação de todos nas atividades sociais. É impossível viver democraticamente se os membros da sociedade não externarem suas opiniões e vontade e, sendo assim, é imprescindível que os cidadãos exerçam seus direitos de cidadania (DALLARI, 2004, p. 25). Neste diapasão o papel da sociedade civil se mostra salutar, visto que

A importância da sociedade civil não é pouca, sobretudo se temos bem presente que o conjunto de processos constitutivos da cidadania não tem automaticamente derivado de um progresso moral indubitável, ou do desenvolvimento inercial nas instituições públicas, ou de um efeito milagroso do mercado. A construção da cidadania tem sido o resultado de múltiplos conflitos. De conflitos sociais, de conflitos de valores, de enfrentamentos políticos. E também de conflitos entre as próprias instituições do Estado. (BORJA, 1999, p. 365).

Dessas considerações decorre a indissociável relação entre cidadania e sociedade civil e, neste respeito, o conceito contemporâneo de sociedade civil tem sido interpretado como a expressão teórica da luta dos movimentos sociais contra o autoritarismo dos regimes comunistas e das ditaduras militares em várias partes do mundo (VIEIRA, 2004, p. 44).

Defende Vieira a concepção segundo a qual a sociedade civil deve distinguir-se tanto do Estado quanto da economia, posto que somente assim tem possibilidade de servir ao papel de oposição democrática desempenhado por este conceito nos regimes autoritários, bem como renovar o seu potencial crítico nas democracias liberais (2004, p. 45).

A sociedade civil é concebida como a esfera da interação social entre a economia e o Estado, composta pela família, pelas associações voluntárias, pelos movimentos sociais e pelas formas de comunicação pública. Fazem parte de sua política não só a contestação realizada pelos movimentos sociais, mas também as formas institucionais normais de participação, como votar, militar em partidos políticos, formar grupos de interesses, etc. Assim, a sociedade civil deve deixar de ser vista apenas de forma passiva, como um conjunto de instituições, para ser percebida também ativamente, como o contexto e o produto de atores coletivos que se autoconstituem. (VIEIRA, 2004, P. 49).

A sociedade civil precisa ter em mente um conceito de cidadania que não mais se preste à condição de expectadora, porque boa parte dela encontra-se exaurida diante de tantos desmandos e silêncios frente às demandas que se avolumam (LEAL, 2006, p. 49), procurando adotar uma cidadania ativa que, abandonando a condição de passividade, entenda a exigência de uma cidadania onde as relações sejam horizontais, multipolares, paritárias e circulares, fundada na comunicação e na real colaboração que permita o enfrentamento de problemas de uma sociedade cada vez mais complexa. (ARENA, 2008, p. 60).

Nesta esteira, reputa-se importante tecer algumas considerações a respeito do vocábulo *ator social* (ou atores sociais), tão utilizado contemporaneamente em tudo que se refere a questões de cidadania, sociedade civil, movimentos sociais e Estado, só para ficarmos com as principais categorias relacionadas ao tema em comento. A escolha de tal vocábulo está ligada à contraposição entre luta social e luta de classes. Gohn, baseando-se em Thompson, aduz que as classes sociais se formam na luta e não, portanto, antes dela. Assim, surgiriam porque homens e mulheres, em relações produtivas determinadas, identificam interesses antagônicos próprios, passando a lutar a pensar e a valorar em termos de classe. Portanto, a formação de classes é um processo de autoconfeção, ainda que sob determinadas condições. (GONH, 2010, p. 248).

Desta feita, luta social seria um conceito mais abrangente do que classe social, entendida como apenas uma das formas de agrupar as ações dos homens na história. Dado que classe se refere às ações dos indivíduos enquanto agentes produtores e reprodutores socioeconômicos, não permite explicar todas as dimensões e fenômenos da vida social. Por esta razão,

Desenvolveu-se a categoria dos *atores sociais*. Esta não se contrapõe a classe social porque “ator” é uma noção utilizada como categoria de análise, enquanto aquela [a classe] é um conceito. [...] Todo ator pertence a uma classe social. Mas os atores muitas vezes se envolvem em frentes de luta que não dizem respeito, prioritariamente, a problemáticas da classe social, como as questões de gênero, étnicas, ecológicas, etc. Ou seja, grande parte dos eixos temáticos básicos dos movimentos sociais contemporâneos não diz respeito ao conflito de classe mas a conflitos entre atores da sociedade. (GOHN, 2010, p. 249). (grifo nosso).

Devidamente explicado e justificado o uso da expressão ator social nos vários contextos citados, tem-se que os movimentos sociais cumprem, nas sociedades contemporâneas, o papel de apresentadores de identidades em público, construindo espaços de reconhecimento mútuo, cujo objetivo é apresentar uma identidade a princípio negada pelo sistema político. Assim, a ação dos movimentos sociais implica no reconhecimento (em) público de algo que é comum a todos os participantes, oferecendo os atores sociais, em resposta ao problema da complexidade social, uma identidade cuja diferença não é passível de processamento pelo sistema de representação. (AVRITZER, 1999, p. 37).

Existe uma múltipla possibilidade de definição do que sejam movimentos sociais, bastando, para tanto, adotar um determinado paradigma. Todavia, e partindo do pressuposto de que é preciso filiar-se a algum tipo de definição para o estabelecimento de bases semânticas comuns, forçosa se faz uma escolha. Deste modo, e por toda a importância que damos à sua obra, filiamo-nos a concepção de Gohn, para quem

Movimentos sociais são ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo político de força social na sociedade civil. As ações se estruturam a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em conflitos, litígios e disputas vivenciadas pelo grupo na sociedade. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir dos interesses em comum. Esta identidade é amalgamada pela força do princípio da solidariedade e construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo, em espaços coletivos não-institucionalizados. Os movimentos geram uma série de inovações nas esferas públicas (estatal e não-estatal) e privada; participam direta ou indiretamente da luta política de um país, e contribuem para o desenvolvimento e a transformação da sociedade civil e política. [...] Eles tem como base de suporte entidades e organizações da sociedade civil e política, com agendas de atuação construídas ao redor de demandas socioeconômicas ou político-culturais que abrangem as problemáticas conflituosas da sociedade onde atuam. (GOHN, 2010, p. 251/252).

Os movimentos sociais, assim, encerram um caráter político e referem-se à ação dos homens na história. Os movimentos sociais ligam-se a ações; ligam-se à *práxis*, à prática social; ligam um agir e um pensar. Os movimentos sociais estão, deste modo, ligados ao desenvolvimento da sociedade e, conseqüentemente, do Estado, a mais importante das várias espécies de sociedade política, ou seja, uma sociedade de fins gerais (MIRANDA, 2009, p. 3), cujo objetivo é criar condições para a consecução dos fins particulares de seus membros (DALLARI, 2009, p. 49).

A partir de concepção semelhante no que pertine à caracterização do que sejam os movimentos sociais, assevera Santos que estes são frutos do desenvolvimento de uma sociedade complexa e contraditória, reproduzindo as características dessa sociedade. Deste modo, para a autora, no Brasil a prática dos movimentos sociais recebeu tanto influências do pensamento marxista ou materialista-histórico, como sofreu as influências de sujeitos ligados à Igreja Católica, procurando valorizar as ações baseadas nas culturas locais e nas relações interpessoais estabelecidas no cotidiano (2008, p. 27).

Sobre os movimentos sociais no Brasil, é importante referir-se às décadas de 1970 e 1980 visto que o país, a exemplo de seus vizinhos latinos, entrou numa fase de redemocratização, por meio da mobilização e da pressão da sociedade civil e política. Regimes militares foram substituídos por regimes civis e os movimentos sociais cresceram em número e alcançaram visibilidade em sua luta pela redemocratização ou por causas específicas. (BERTOLI FILHO, 2006; GOHN, 2010).

Neste ambiente, desgastado pela crise generalizada provocada pelo fim do milagre econômico, setores inicialmente minoritários na sociedade, intelectuais e políticos, começaram a expressar insatisfação e a formular críticas ao modelo político e econômico ditatorial, fazendo-o através de análises sociológicas, manifestações políticas legais e ilegais, como as guerrilhas, notadamente as urbanas, greves, jornais satíricos, imprimindo, também na área da saúde, tal contexto, fazendo crescer a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde (CARVALHO *et al*, 2001, p. 35), ganhando corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária.

Neste sentido, e, portanto, como consequência dos novos ares da abertura política, os moradores da periferia dos grandes centros passaram a lutar pela melhoria de suas condições de vida. Estes grupos, contando com a assessoria

de padres e médicos sanitários, criaram os Conselhos Populares de Saúde, encarregados de obter melhor saneamento básico e a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes. Ademais, a classe médica expressava, também, o seu descontentamento com as condições de trabalho que lhe eram impostas³³. (BERTOLLI FILHO, 2006, p.63).

Os profissionais de saúde organizaram-se na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes, do que resultou, ainda no final da década de 1970, o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que passou a ocupar, de forma progressiva, o espaço de organização da prática acadêmica em torno da crítica ao modelo assistencial-hospitalar dominante e das propostas de reorganização e construção do novo sistema de saúde. Também surge nesta época o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), editor da revista Saúde em Debate, criada com o objetivo de veicular as novas perspectivas de análise da saúde em prol das ideias-base para viabilização da Reforma Sanitária.

A noção de Reforma Sanitária no Brasil associa-se, desde o início, à ideia de movimento social, tendo como atores centrais um grupo de sanitários reformistas, organizados em torno do que se convencionou chamar de Movimento Sanitário, constituído por um grupo bastante heterogêneo, formado por profissionais, intelectuais e burocratas da área de saúde, ocupantes de cargos nos governos estaduais e municipais, mantendo, em sua maioria, ligações partidárias de esquerda, vinculados a certas universidades, centros de pesquisa e instituições governamentais, tendo como referência principal a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Dessa forma, o Movimento Sanitário estimulou as discussões do projeto de reforma da política de saúde não só porque debateu criticamente os problemas do setor, mas também porque ganhou acesso a cargos burocráticos no interior das agências estatais de previdência social e de saúde. (COTTA *et al.*, 1998, p. 18/19).

Os movimentos sociais vinculam-se, no que tange ao direito à saúde no Brasil, de maneira muito especial à realização das Conferências de Saúde. Em função disto, o próximo item abordará esta relação, destacando-se a 8ª Conferência

³³ Refere o autor que, durante o período ditatorial, houve a proliferação das faculdades de medicina no país, trazendo, como consequência, a proletarização da maior parte dos profissionais da área, obrigados a trabalhar sob baixa remuneração e em hospitais cujas condições precárias multiplicavam as possibilidades de erros terapêuticos e cirúrgicos, apresentados pela imprensa, equivocadamente, como responsabilidade exclusiva destes profissionais.

Nacional de Saúde, palco para o início da reforma sanitária no país e do estabelecimento das bases da criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

As Conferências de Saúde e a criação do SUS: a participação da comunidade

As Conferências de Saúde foram estabelecidas pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que, ao reorganizar o Ministério da Educação e Saúde Pública, instituiu, em seu art. 90, a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, orientando-o na execução dos serviços locais, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais. As Conferências seriam convocadas pelo Presidente da República com intervalos máximos de dois anos e nela tomariam parte autoridades administrativas que representassem os Ministérios da Educação e Saúde, bem como os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território do Acre. Vê-se, portanto, que se tratavam de espaços estritamente intergovernamentais e que, embora previstas para ocorrerem bianualmente, a primeira Conferência Nacional de Saúde só foi convocada em 1941.

As Conferências tratavam, inicialmente, de assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e à sistematização de campanhas nacionais de saúde, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil. Somente com a 3ª Conferência Nacional de Saúde foram introduzidos o debate e as primeiras recomendações sobre a municipalização como caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde.

Ao todo já ocorreram treze Conferências Nacionais, devendo a próxima acontecer entre os dias 30 de novembro de 04 de dezembro de 2011, em Brasília – DF. Cada Conferência tem um tema específico e, sendo assim, ainda que para fins informativos, vejam-se temas e datas de tais ocorrências:

Conferência	Tema	Ano
Primeira	Situação Sanitária e Assistencial dos Estados	1941
Segunda	Legislação referente à Higiene e Segurança no Trabalho	1950
Terceira	Descentralização na área de Saúde	1963
Quarta	Recursos Humanos para as Atividades em Saúde	1967
Quinta	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua Institucionalização	1975
Sexta	Controle das Grandes Endemias e Interiorização dos Serviços de Saúde'	1977
Sétima	Extensão das Ações de Saúde através dos serviços Básicos	1980
Oitava	Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e do Financiamento do Setor Saúde	1986
Nona	Municipalização é o Caminho	1992
Décima	Construção do Modelo de Atenção à Saúde	1996
Décima Primeira	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	2000
Décima Segunda	Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos	2003
Décima Terceira	Políticas de Estado e Desenvolvimento	2007
Décima Quarta	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro	2011

A criação do SUS tem uma estreita relação com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, sendo o ápice do processo iniciado pelo Movimento de Reforma Sanitária no Brasil no final da década de 1970. Esta Conferência teve por objetivo a discussão de uma nova proposta de estrutura e política de saúde para o País, tendo sido propostas três questões cruciais: (1) saúde como dever do Estado e direito do cidadão; (2) reformulação do sistema nacional de saúde; e, (3) financiamento setorial.

As conclusões deste encontro, composto por cerca de quatro mil pessoas, das quais mil detinham a condição de delegados, entre técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares, além de dirigentes institucionais, passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

A Comissão Organizadora desta Conferência foi presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento de Reforma Sanitária, configurando-se num

Ampla processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos Estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. O núcleo mais 'militante' das proposições da 8ª Conferência é a resolução de número 13, do tema 1, que propunha: [...] ampla mobilização popular para garantir [...] que se inscrevam na futura Constituição: a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde [...]; a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais. (BRASIL, 2009, p. 17).

A 8ª Conferência fez aprovar um novo conceito de saúde, muito mais amplo e abrangente. Assim, a saúde foi considerada como

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987, p. 12).

Este conceito explicita a definição de saúde trazida pela Organização Mundial da Saúde, ainda em 1946, reconhecendo as condicionantes de um completo bem estar físico, mental e social, deixando claro o entendimento acerca da importância da estrutura social nas questões relativas à saúde. Tem-se, assim, a responsabilização da sociedade na efetivação da saúde que, enquanto conceito concreto, define-se no contexto histórico de uma sociedade, num dado momento do desenvolvimento social, porque fruto da conquista da população em suas lutas cotidianas. Assim, reconhece-se a importância dos movimentos sociais e da evolução do conceito de saúde na própria configuração de Estado.

Considerações sobre as Conferências de Saúde a partir da CR/88

No Brasil a participação da comunidade, no que pertine às ações e serviços públicos de saúde, constitui-se em uma das diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde, conforme determinação constitucional prevista no inciso III do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988 (CR/88). Além do próprio texto constitucional, também as Leis

8.080, de 19 de setembro de 1990³⁴ e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990³⁵ tratam do tema, a primeira, no inciso VIII do artigo 7º, e a última criando, em seu artigo 1º, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, instâncias colegiadas criadas para viabilizar a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde.

A conferência de saúde deve reunir-se a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais, a fim de que se possa avaliar a situação da saúde no Brasil e, a partir daí, proporem-se as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Assim, haverá conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, que deverão ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Vê-se, portanto, que a diretriz constitucional da participação comunitária traduziu-se na criação das aludidas instâncias, claramente concebidas como mecanismos de viabilização da participação popular na organização do SUS, a qual, na dicção de Carvalho e Santos (2006. p. 244) é a “expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político”, decorrência própria do Estado Democrático de Direito.

É possível definir as Conferências de Saúde como espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, avaliando a situação da saúde e, desta maneira, propor e definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde, conferindo, ainda, a execução do que foi aprovado anteriormente. As Conferências de Saúde são, portanto, espaços de controle social, contando com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade.

Embora a Lei 8.142/90 tenha mantido a Conferência de Saúde como uma instância colegiada cuja tarefa é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, não há nela qualquer detalhamento ou mesmo regulamentação posterior que defina o que devem ser as conferências e como devem funcionar.

³⁴ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

³⁵ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Desta feita, antes da realização de cada Conferência os Conselhos de Saúde aprovam seu regimento, de acordo com proposta realizada em Conferência anterior, o qual é editado por meio do órgão executivo correspondente.

O decreto de convocação determina a data e o local onde a Conferência será realizada, bem como define seu tema. Além disso, determina quem a presidirá e, no caso da Conferência Nacional, determina o período de realização das etapas municipais e estaduais da Conferência Nacional.

Assim, a 14ª Conferência Nacional foi convocada pelo decreto presidencial n. 3, publicado em 4 de março de 2011, que determina seja sua realização em Brasília, Distrito Federal, entre os dias 30 de novembro e 04 de dezembro, com o já referido tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e o eixo “acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”.

Seu regimento interno foi aprovado pela Portaria do Ministério da Saúde de n. 935, de 27 de abril de 2011, tendo por objetivos: (1) impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS, garantidos pela CR/88 e pela chamada Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), na perspectiva do fortalecimento da Reforma Sanitária; (2) avaliar o SUS e propor condições de acesso à saúde, ao acolhimento e à qualidade da atenção integral; (3) definir diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, com base nas garantias constitucionais da Seguridade Social e no conceito ampliado e associado aos Direitos Humanos e, (4) fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas desta Conferência.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde será realizada em três etapas: Municipal, Estadual/Distrito Federal e nacional. Nestas etapas serão debatidos o tema central e o eixo, a partir de um documento orientador que versa sobre o processo de construção de diretrizes para a saúde, contribuindo, portanto, para as Conferências, sem impedir a existência de debates específicos, frutos da realidade de cada Estado e Município.

Uma figura de extrema importância nas Conferências de Saúde são os chamados *delegados*, ou seja, todo e qualquer participante da Conferência que represente instituições de governo, entidades de trabalhadores de Saúde e entidades e movimento sociais de usuários que, candidatando-se ao posto, seja

eleito pelos presentes nas Conferências. No caso da Conferência Nacional, cada delegado é eleito na etapa antecedente da Conferência: assim, são eleitos delegados na etapa municipal que, se também eleitos na etapa estadual serão delegados da etapa nacional. Em cada etapa da Conferência Nacional existem os chamados delegados natos que são os membros de cada um dos respectivos conselhos de saúde.

Todavia, a eleição dos delegados deve seguir a determinação da Lei 8.142/90 e da Resolução n. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, ou seja, a representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos; Portanto, 50% dos delegados devem representar usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo (gestores/prestadores).

É preciso advertir-se que embora todos sejam potencialmente usuários do SUS, deve-se conceituar a categoria dos usuários por exclusão, a fim de que só possa ser considerado integrante desta categoria aquele que não detenha condições (habilitação, qualificação, vínculo, dependência ou comunhão de interesses) com qualquer dos outros setores. O que se pretende é evitar é o risco (provável) de ver-se na categoria dos usuários um médico, o sócio de um estabelecimento de serviços de saúde ou mesmo um servidor público, ou seja, alguém detentor de vínculo, dependência ou comunhão de interesses com a representação dos usuários (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 253).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde contará com 3.694 (três mil e seiscentos e noventa e quatro) participantes, dentre os quais 3.212 (três mil e duzentos e doze) serão delegados, com direito à voz e voto.

O documento orientador da 14ª Conferência Nacional de Saúde traz algumas considerações importantes no que pertine à participação da comunidade nas políticas de saúde como, por exemplo, o fato de que esta participação (movimentos sociais, instâncias de Controle Social) requer maior dinamismo e efetividade, já que seu aperfeiçoamento implica numa melhor qualificação das formas e meios de representação e mediação de demandas, sob o amparo do interesse público e responsabilidade social no reforço de tecnologia e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, de modo a garantir sua maior transparência e publicidade.(CNS, 2011).

Além disso, o documento reconhece que as definições normativas e institucionais, por si só, não têm garantido o caráter deliberativo, permanente e de representação do Controle Social na Saúde, sendo urgente e necessário entender que os recursos disponíveis aos Conselhos, para exercer efetivamente o Controle Social, concentram-se principalmente em seu poder político, exercido, por excelência, pelos novos protagonistas da Reforma Sanitária. (CNS, 2011).

Talvez essas considerações sejam fruto das críticas havidas quando da realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, da qual a revista Radis, da Escola Nacional de Saúde Pública do Instituto Fiocruz, foi uma das importantes veiculadoras.

A edição n. 65 da Revista, e janeiro de 2008, trazia em sua capa a seguinte manchete: “13ª Conferência Nacional de Saúde: evento se destaca pelo que rejeitou, não pelo que aprovou”. O editorial da revista foi iniciado da seguinte forma:

Quando as bocas amordaçadas de roxo protestaram contra a não discussão das propostas inéditas, na plenária final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, transparecia – entre gestos inconformados e palavras de ordem – a necessidade de se estabelecer uma relação mais concreta entre as ações comunicativas e informativas e as ações no âmbito da saúde. (RADIS, 2008).

A revista critica métodos e organização da 13ª Conferência Nacional revelando a existência de pouco debates e votações dirigidas. Segundo a publicação, ficou visível, desde o início, a baixa mobilização de grupos de defesa de propostas, com exceção das Igrejas contra o aborto e o dos gestores a favor das fundações estatais, únicos temas, aliás, que pareciam interessar aos delegados que, na plenária final, votou maciçamente contra o debate. (RADIS, 2008, p. 9).

A publicação também critica alguma das plenárias temáticas ocorridas durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se a salas “Canela”, “Erva Doce” e “Eucalipto”. Segundo a revista, na sala “Canela” houve uma simples disputa entre grupos, sentida, inclusive, pela própria disposição destes na sala:

Quando finalmente começou a votação, o perfil da sala ficou logo definido: igrejas e gestores se reuniram predominantemente à direita, enquanto “laicos” e servidores a saúde ficaram à esquerda da entrada. Numa das plenárias mais conservadoras, a ala direita rejeitou toda e cada proposta sobre direitos de mulheres, gays, negros ou trabalhadores. Atenta também,

a ala esquerda vetou todas as sugestões que supunham verba para ações extra-saúde.

Quer nos parecer que o objetivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, por tais fatos, é louvável e espera-se que realmente produza frutos. Num interessante trabalho, Bovero, ainda que de maneira sintética, sustenta a distinção entre deliberar e decidir. Para ele a deliberação implica não só em um resultado decisório, mas em um ato de discussão das várias teses e pontos de vista; implica na ponderação dos argumentos pró e contra, e, conseqüentemente, na tentativa de persuasão³⁶ recíproca entre seus respectivos sustentadores. (2002, p. 63).

Quando se verifica uma simples predominância de um grupo que, num determinado momento, representa a maioria, é de se questionar se, de fato, essa maioria representa um ideal de bem comum e não simplesmente a soma de interesses particulares.

Sendo assim, as Conferências de Saúde, consideradas espaços de controle social, de fato parecem necessitar de maior dinamismo e efetividade, porque seu aperfeiçoamento depende de uma melhor qualificação das formas e meios de representação nela congregadas, a fim de que haja, de fato, uma mediação de demandas sob o amparo do interesse público e da verdadeira responsabilidade social.

Neste sentido, é que a efetividade das Conferências de Saúde é dependente da sociedade civil e do exercício de uma cidadania ativa; de um de um movimento social muito mais próximo do movimento da reforma sanitária pretendida. Um movimento onde a saúde seja entendida e defendida como um bem comum, sem que isso signifique a preponderância de interesses particulares que, por algum motivo, seja a própria falta de interesse de participação, resulte numa simples ditadura da maioria; numa ditadura que é resultante da soma de interesses privados e está longe de significar o bem comum.

³⁶ O autor não trabalha, na obra em comento, a distinção entre persuasão e convencimento tão cara à teoria da argumentação contemporânea e, em função disto, opta-se por não fazer também nenhuma distinção a respeito, utilizando o termo persuasão, aqui, como sinônimo de convencimento.

REFERÊNCIAS

ARENA, Gregório. Administração condivisa. In.: LEAL, Rogério Gesta. (Org.). *A administração pública compartilhada no Brasil e na Itália: reflexões preliminares*. Santa Cruz do Sul: 2008. p. 41-68.

AVRITZER, Leonardo. Teoria democrática, esfera pública e participação. In.: *Sociologias: cidadania e democracia*. Porto Alegre, ano 1, n. 2, jul/dez 1999. p. 18-43.

BERTOLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo : Ática, 2006.

BORJA, Jordi. O papel do cidadão na reforma do estado. In.: PEREIRA, L.C.; Bresser; WILHEIN, Jorge; SOLA, Lourdes. *Sociedade e estado em transformação*. São Paulo: Unesp; Brasília: Enap, 1999. p. 361-374.

BOVERO, Michelangelo. *Contra o governo dos piores: uma gramática da democracia*. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

BRASIL. 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. Disponível em www.presidencia.gov.br/legislacao. Acesso em 01 de outubro de 2011.

_____. Lei n. 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. Disponível em www.presidencia.gov.br/legislacao. Acesso em 01 de outubro de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 935, de 27 de abril de 2011. Aprova o regimento interno da 14ª conferência nacional de saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/portaria935_regimento_interno.pdf. Acesso em 02 de outubro de 2011.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Documento orientador para os debates da 14ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html. Acesso em 02 de outubro de 2011

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em

http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm. Acesso em 02 de outubro de 2011.

_____. 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Anais*. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em www.presidencia.gov.br/constituicao. Acesso em 02 de outubro de 1988.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CARDONI JÚNIOR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darlo Antonio; CARDONI JÚNIOR, Luiz (Orgs.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde: leis n. 8.080/90 e 8.142/90*. 3. ed. Campinas : Unicamp, 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Roberto. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa, UFV, 1998.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. 2. ed. reform. São Paulo : Moderna, 2004. (Coleção Polêmica).

_____. *Elementos de teoria geral do estado*. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

GONH, Maria da Glória. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2010.

LEAL, Rogério Gesta. *Estado, administração pública e sociedade: novos paradigmas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

MIRANDA, Jorge. *Teoria do estado e da constituição*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

RADIS: comunicação em saúde. São Paulo : Fiocruz. n. 65 – jan. 2008. Disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_65.pdf. Acesso em 01 de outubro de 2011.

SANTOS, Regina Bega dos. *Movimentos sociais urbanos*. São Paulo: Unesp, 2008. (Paradidáticos. Série Poder).

VIEIRA, Liszt. *Cidadania e globalização*. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

CAUSAS DE NATIMORTALIDADE DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC NO PERÍODO DE 2006 A 2011

Jerusa Manoel Angelica

Enfermeira egressa da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Departamento de Enfermagem. (48) 9937689.
Endereço eletrônico: jerusaangelica@yahoo.com.br.

Josete Mazon

Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Mestre em Biologia Celular e Estrutural. Membro do NEPIES. Departamento de Enfermagem. (48) 99212893. Endereço eletrônico: jmz@unesc.net

RESUMO

A morte fetal reflete o estado global da saúde materna desde os cuidados primários a assistência intraparto e a qualidade desses serviços disponíveis a elas. Seu conhecimento torna-se indispensável para reduzir a sua frequência. Esta pesquisa objetivou identificar as causas de natimortalidade dos residentes no Município de Criciúma-SC, no período de 2006 a 2011. Trata-se de uma pesquisa quantitativa caracterizada documental, transversal e retrospectiva na qual foram analisadas as declarações de óbito dos natimortos arquivadas na Vigilância Epidemiológica e prontuários das gestantes, referentes há cinco anos anteriores das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde. Foram incluídas na pesquisa 74 declarações de óbito e fizeram parte da pesquisa 32 Unidades de Saúde cadastradas na rede pública do Município de Criciúma. O ano de maior incidência de natimortos foi 2010 com 17 casos registrados e a idade de maior incidência foi de 20 a 34 anos. Prevaleceu o número de partos vaginais com 56 casos e 73 casos de gestação única. Quanto à duração da gestação houve maior frequência de natimortos de gestação pré-termo e, entre os fatores de risco na gestação destacaram-se como causas maternas infecção do trato urinário, hipertensão arterial sistêmica e drogas de abuso e causas feto-anexiais anomalias e descolamento prematuro de placenta. A causa do óbito segundo CID-10 prevaleceu P02.2 (feto e recém-nascido afetados por outras anormalidades morfológicas e funcionais da placenta) e P95 (causa não definida). O pré-natal foi avaliado de acordo com o Programa Humanização do Pré-Natal, apenas 24(61,54%) gestantes começaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, havendo 13(33,33%) gestantes que começaram o pré-natal no segundo trimestre e duas (5,13%) gestantes no terceiro trimestre de gestação. Concluímos que a causa é multifatorial, mas que muitos dos fatores de risco poderiam ser evitados se houvesse uma adequada assistência pré-natal.

Palavras-chave: Natimortalidade; Assistência Pré-Natal; Natimorto.

ABSTRACT

Fetal death reflects the overall state of maternal health from primary care, intrapartum care and quality of services available to them. Their knowledge is indispensable to reduce the frequency. This study aimed to identify the causes of stillbirths of residents in the municipality of Criciúma - SC, from 2006 to 2011. It is a quantitative research characterized documentary, retrospective and cross, which analyzed the death certificates of stillborn babies stored in the epidemiological surveillance and medical records of pregnant women, five years earlier regarding the pregnant women enrolled in Health Units. The study included 74 death certificates and were part of this research 32 health units registered in the public network of the City of Criciúma. The year with greater incidence of stillbirths was 2010 with 17 reported cases and the age of highest incidence was 20 to 34 years. Prevailed the number of vaginal deliveries with 56 cases and 73 cases of single pregnancy. As to the duration of the pregnancy there was a higher frequency of stillbirths of preterm gestation and, between risk factors during pregnancy stood out as maternal causes urinary tract infection, hypertension and drugs of abuse, and causes fetal-adnexal abnormalities and premature detachment of placenta. The cause of death according ICD-10 prevailed P02.2 (fetus and newborn affected by other morphological and functional abnormalities of the placenta) and P95 (cause not determined). Prenatal care was assessed according to the Humanization Program of Prenatal, only 24 (61.54%) pregnant women began prenatal care in first trimester of pregnancy, with 13 (33.33%) women who started pre prenatal in the second quarter and two (5.13%) pregnant women in the third trimester of pregnancy. We conclude that the cause is multifactorial, but many risk factors could be avoided if there was an adequate prenatal care.

Keywords: Stillbirth; Prenatal care; Stillborn.

INTRODUÇÃO

O termo natimortalidade indica a morte do concepto antes da expulsão ou da extração completa do corpo materno, onde o mesmo não apresenta nenhum sinal de vida e independe da duração da gravidez. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A morte fetal reflete o estado global da saúde materna desde os cuidados primários a assistência intraparto e a qualidade desses serviços disponíveis a elas. Seu conhecimento torna-se indispensável para reduzir a sua freqüência. No entanto até em países com maiores recursos de diagnósticos, cerca de 40 a 50% dos casos são considerados de causa não definida. (ANDRADE et al, 2009).

No Brasil as notificações de óbito fetal entre 2006 a 2011 ficam na média de 31, 920.2 óbitos fetais ao ano. Com 33.434 em 2006, 32. 165 em 2007, 32.065 em 2008, 31.829 em 2009 - e 30.108 em 2010. (DATASUS, 2011).

São poucos os estudos e análises disponíveis na literatura brasileira sobre a mortalidade fetal, sendo um tema de baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É estimado que anualmente ocorram no mundo cerca de 7,6 milhões de mortes perinatais, das quais 57% correspondem a mortes fetais, a maior frequência dessas mortes (98%) ocorre em países em desenvolvimento. (SANTOS, 2005).

Na literatura mundial, têm se concluído que a etiologia é multifatorial. Estando envolvidos fatores inter-relacionados, que incluem a condição socioeconômica, fatores culturais, biológicos e pertinentes a qualidade da assistência à saúde. (ANDRADE et al, 2009).

No Brasil as principais causas de óbito perinatal são afecções que poderiam ser prevenidas através de uma adequada atenção no pré-natal e na assistência ao parto. (LANSKY et al, 2002).

Acolher a mulher desde o início da gravidez para ter como resultado o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal é o principal objetivo da atenção pré-natal. Para ter-se resultados positivos na saúde materna e neonatal é necessário que a atenção pré-natal seja humanizada e de qualidade. Para isso é imprescindível que os profissionais de saúde vejam a pessoa em sua totalidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) lançado em primeiro de junho de 2000, instituído pela portaria nº 569 do MS tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, como perspectiva dos direitos de cidadania. (SERRUYA et al, 2004).

O fundamento do programa PHPN é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de no conjunto da assistência, estabelecer critérios para qualificar as consultas. (SERRUYA et al, 2004).

Para garantir atenção pré-natal e puerperal nos Estados e Municípios, uma das ações preconizadas de acordo com o Ministério da Saúde (2006) seria a captação precoce das gestantes para que a primeira consulta pré-natal seja realizada até 120 dias da gestação, realizar no mínimo seis consultas de pré-natal

preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

Diante das reflexões realizadas, tem-se como objetivo geral da pesquisa identificar as causas de natimortalidade dos residentes no município de Criciúma-SC, no período de 2006 a 2011.

E como objetivos específicos: verificar o índice da natimortalidade no período de 2006 a 2011; analisar a relação entre a natimortalidade com a idade materna e a duração da gestação; relacionar o índice de natimortalidade com o tipo de gravidez e parto; identificar os fatores que levaram à natimortalidade; verificar os prontuários das mães dos natimortos para analisar se há relação da natimortalidade com número de consultas pré-natais.

METODOLOGIA

A escolha da abordagem metodológica deste estudo foi quantitativa, caracterizando por ser documental, transversal e retrospectiva. A população-alvo do estudo foram gestantes de natimortos cadastrados pelo Setor de Análise de mortalidade do município de Criciúma/SC entre o período de janeiro de 2006 a janeiro de 2011.

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu no setor de análise de mortalidade da Vigilância em Saúde, onde foram analisadas as declarações de óbitos de natimortos. Após a coleta das declarações de óbito o estudo deu continuidade em 32 Unidades de Saúde cadastradas na rede pública do município de Criciúma, das quais 20 eram Estratégias Saúde da Família, 10 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Referência em Saúde da Mulher e 1 Centro de Referência Criança Saudável em busca de dados nos prontuários das mães de natimortos das no período do estudo. Os dados foram obtidos através dos atestados de óbito e prontuários, logo, sem contato direto com a paciente.

Foram incluídos na pesquisa declaração de óbito de conceptos maiores de 22 semanas e/ou maior que 500g. Declarações de óbito que continham o tópico duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, morte em relação ao parto e idade materna. Prontuários que tinham registros de consultas pré-natais.

No tocante aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unesc o qual foi aprovado sob o protocolo nº 342/2011. Na pesquisa respeitou-se a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva com média, desvio padrão e maiores e menores valores utilizando o programa Excel do Office 2003.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A Vigilância Epidemiológica disponibilizou 102 Declarações de óbitos, mas 28 destas não foram incluídas na pesquisa por não atender os critérios de inclusão.

Grande parte das Declarações de óbito (DO) não era preenchida adequadamente, fazendo com que a coleta de dados ficasse defasada. A falta de preenchimento das declarações de óbito também chamou a atenção de Sardas e Manco (1997), pois muitos dos dados são de fácil obtenção por quem está declarando o óbito.

O desafio encontrado no Brasil é a qualificação da informação sobre o óbito perinatal, especialmente sobre o óbito fetal, além de sua incorporação na rotina dos serviços públicos de saúde. (LANSKY et al,2002)

Para a detecção precoce de condições patológicas na gestação, é necessário oferecer assistência pré-natal com qualidade. (AQUINO; CECATTI, 1998). Para diminuir a incidência do obituário fetal, tem-se a assistência pré-natal adequada a arma mais viável e de menor custo. (CECATTI; AQUINO, 1998).

No quadro 1 está listada a quantidade de natimortalidade por ano em que a pesquisa foi realizada. Este resultado permite verificar o índice de natimortos por ano, mostrando quais os anos de maior incidência de natimortalidade.

Tabela 1 - Índice de Natimortalidade no período de 2006 a 2011 no município de Criciúma - SC.

<i>Ano</i>	<i>Número de Natimortos (n)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
2006	16	21,62
2007	11	14,87
2008	15	20,27
2009	15	20,27
2010	17	22,97
Total	74	100
>valor	17	22,97
<valor	11	14,87
Média	14	18,92

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Criciúma/SC, 2011.

A maior incidência de natimortos ocorreu no ano de 2010 com 22,97% (n=17), mas podemos associar esse elevado número por neste ano haver menos declarações de óbito excluídas em relação aos critérios do estudo.

Quanto a avaliação dos riscos de ocorrência das perdas fetais, a idade materna é uma informação importante, sabendo que os maiores riscos ocorrem para mães muito jovens e aquelas com idades mais avançadas. (CAMARGO, 2008).

A idade materna foi agrupada de acordo com Fonseca e Coutinho (2010) e Santos et al., (2009), devido um período ser relacionado à adolescência (até 19 anos), período de 20 a 34 anos, considerado adultas jovens, e o último acima de 35 anos relacionado a mulheres com idade avançada. Este resultado permite verificar com que idade materna o número de natimorto teve maior frequência.

Verificou-se que a faixa de maior incidência de natimortalidade foi de 20 a 34 anos com 50 gestantes (67%), seguido pela faixa etária acima de 35 anos, com 13 gestantes (18%) e a seguir gestantes menores de 19 anos, com 11 gestantes (15%). Aquino et al., (2007) também obteve resultados semelhantes em sua pesquisa, citando que as mães em sua maioria encontravam-se na faixa etária de 20 a 34 anos. Do mesmo modo, Silva Filho e Maia (2004) na sua pesquisa em relação a idade materna, 46,4% tinham entre 20 a 29 anos.

O grande número de mulheres com idade entre 20 a 34 anos a terem natimortos se deve ao ser o período de maior fertilidade. (ROSA, 1998).

Embora estes resultados divergiram do encontrado por outros autores que que propõe a idade materna como fator de risco para a natimortalidade acima de 35 anos e a adolescência. (VARDANEGA et al, 2002).

A idade materna como fator de risco, mostrou maior frequência de natimortos em gestantes com idade avançada com 13 casos (18%), porém sua associação com a natimortalidade não foi expressiva no estudo.

Fonseca e Coutinho (2010) ao comparar resultados observaram que mulheres com idade igual ou superior a 35 anos tiveram quase o dobro de óbitos fetais, mas no seu estudo esta associação não houve significância.

A maioria dos autores descreve que quanto maior for a idade materna maior risco terá de ter natimortos. (ANDRADE et al, 2009). No estudo realizado em Recife a idade materna igual ou superior a 35 anos apresentou risco 1,84 vezes maior que para os filhos de mulheres com menos de 35 anos. (AQUINO et al, 2007).

Assim como gestantes com idade avançada, gestantes adolescentes equivalentes a 11 indivíduos (15%), associado com a natimortalidade não alcançaram expressividade no estudo, não foi identificado como determinante de natimortalidade. Segundo alguns autores a gravidez pode ser bem tolerada na adolescência, desde que haja uma adequada assistência pré-natal, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional. (YAZLLE, 2006).

Em relação do tipo de parto com a natimortalidade, prevaleceu o parto vaginal, 56 casos, com 76% do total e o parto cesárea houve 18 casos, com 24%. Silva Filho e Maia (2004) encontraram maior prevalência de partos espontâneos, atingindo 89,3% das puérperas com natimortos. Em torno de 75% a 90% das gestantes com diagnóstico de óbito fetal evoluem para o parto espontâneo em até duas semanas e quando o colo apresenta desfavorável para o parto a indução é a melhor opção. (SCHUPP et al, 2002).

No estudo o tipo de parto não teve associação com o número de natimortos e uma das explicações da via de parto vaginal ser de grande valor pode estar associada ao fato de 97,3% das gestações serem no período anteparto. As causas de óbito fetal no período anteparto refletem no nível de acompanhamento pré-natal e o parto vaginal é a melhor opção, as principais causas neste período são asfixia fetal e/ou infecção. (SAMPAIO; SOUZA, 2010).

Em relação à idade gestacional em que ocorreu o óbito fetal os dados foram obtidos através das declarações de óbito, dividida em cinco períodos que compreende 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 semanas ou mais.

Tabela 2 - Número de natimortos conforme a Idade Gestacional no período de 2006 a 2011 no município de Criciúma – SC.

<i>Duração da Gestação (semanas)</i>	<i>Número de Casos (n)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Gestação Pré-Termo		
De 22 a 27 semanas	16	22
De 28 a 31 semanas	11	15
De 32 a 36 semanas	24	32
Gestação a Termo		
De 37 a 41 semanas	21	28
Gestação Pós-termo		
De 42 semanas ou mais	2	3

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Criciúma/SC, 2011.

Gestação com duração menor que 37 semanas é considerada gestação pré-termo, acima de 37 semanas é considerada a termo e 42 semanas acima seria gravidez prolongada. (SANTOS, 2005).

De acordo com o quadro 2 a duração da gestação pré-termo prevaleceu no total de 51 gestações de natimortos. Estima-se que no mundo anualmente, 13 milhões de crianças nasçam prematuras e que a prematuridade é uma importante causa da mortalidade perinatal. (RAMOS; CUMAN, 2009).

O feto pré-termo tem maior risco para a morte, é o período de maior ocorrência de síndromes hemorrágicas, insuficiência placentária, pré-eclampsia grave, mal-formações. (NURDAN et al, 2003).

No estudo realizado sobre as causas e fatores associados ao óbito fetal em Minas Gerais, o óbito fetal incidiu predominante no pré-termo com 59.7%, com ocorrência na idade gestacional de 20 a 37 semanas. (NURDAN et al, 2003). No estudo sobre os fatores de risco para natimortalidade em um Hospital Universitário em Caxias do Sul/RS houve também um predomínio de fetos pré-termo (83%) com idade gestacional média de 31,7 semanas de gestação. (VARDANEGA et al, 2002).

Andrade et al., (2009) encontrou uma importante associação entre a natimortalidade e a variável duração da gestação, onde natimortos teriam 19,7 vezes

mais chance de serem de gestação menor que 32 semanas e 5,3 vezes maior dos natimortos serem de 32 a 36 semanas de gestação.

Porém, a gravidez prolongada corre riscos de ser a causa de morte fetal devido à insuficiência placentária. (CECATTI; AQUINO, 1998).

Quanto ao tipo de gestação, durante os anos analisados, verificou-se apenas uma gestação dupla, onde de acordo com o prontuário da gestante houve apenas a morte de um dos fetos. Assim, ocorreram 73 óbitos fetais de gestação única, com 98,65% das gestações e a gestação múltipla com ocorrência de um caso, com 1,35% das gestações.

No estudo de Ramos e Cuman (2009), também houve resultados parecidos, na sua pesquisa onde 95% dos partos foram de gravidez única, enquanto 5% foi gravidez múltipla. Silva Filho e Maia (2004) ao analisarem determinantes de natimortalidade em um serviço Municipal de assistência hospitalar no período de 2000 a 2001 observaram também o grande número de gestações únicas, com 96,4% dos natimortos.

A gestação múltipla corresponde a cerca de 1% das gestações, atualmente a quantidade de nascimentos múltiplos vem aumentando, este fato se deve principalmente ao aumento do uso de drogas indutoras de ovulação e às tecnologias assistidas. A gestação múltipla é associada ao risco aumentado de morbidade e mortalidade perinatal. (SÁ et al, 2008).

As gestações múltiplas possuem maiores riscos para desenvolver complicações, onde a perda de um dos fetos neste tipo de gestação é relativamente freqüente. (FUNAYAMA et al, 2002).

A coleta de dados pelos prontuários foi utilizada para conhecer os fatores de riscos gestacionais e o pré-natal, onde observou-se que na maioria das Unidades de Saúde pesquisadas, as anotações nos prontuários não eram realizadas devidamente. Em muitos prontuários informações sobre hábitos maternos, doenças maternas e medicamentos utilizados não eram anotados, na maioria deles constava na consulta pré-natal apenas a altura uterina e a pressão arterial da paciente no dia da consulta, gerando um déficit na coleta de dados.

Em relação aos fatores de riscos gestacionais, durante o estudo apenas 47 prontuários foram encontrados onde 36 prontuários continham informações sobre fatores de risco e em 11 prontuários não havia registros de complicações. Os fatores de riscos na gestação encontram-se no quadro 03.

Tabela 3 - Fatores de Riscos conforme os Prontuários das Gestantes no período de 2006 a 2011 no município de Criciúma – SC.

Fatores de Riscos de Acordo com os Prontuários das Gestantes	
Causas Maternas:	Quantidade (n)
Infecção Trato Urinário	08
HAS ¹	06
Drogas de Abuso ²	05
Traumas ³	04
Endocrinopatias ⁴	04
Transtorno Mental ⁵	03
Anemia	03
Obesidade	02
Baixo Peso	02
LUPUS	01
HIV	01
Causas Feto – anexiais:	Quantidade (n)
Deslocamento Prematuro de Placenta	04
Anomalias ⁶	05
Retardo do Crescimento Intra Uterino	01
Mulheres com mais de dois fatores	11
Mulheres sem complicações registradas	11

Notas: Síndrome hipertensiva gestacional¹, e hipertensão¹, 3 casos de tabaco², 2 casos com uso de maconha, cocaína e craque², 2 casos de agressão física³, 1 caso de acidente de percurso³ e 1 caso de queda³, 3 casos de Diabetes Mellitus⁴ e 1 caso de Hipertireoidismo⁴, Depressão⁵, 1 caso de Gastroquise⁶, 1 caso de Bradicardia Fetal⁶, 1 caso de Anencefalia⁶, 2 anomalias cromossômica⁶.

Fonte: Dados dos Prontuários das mães de natimortos, 2011.

Analisando a prevalência dos fatores de riscos, observamos predomínio das causas maternas, prevalecendo hipertensão (n=6), infecção do trato urinário (ITU) (n=8) e uso de drogas de abuso (n=5). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a intercorrência gestacional com maior frequência causando morbimortalidade materna, mortalidade perinatal e prematuridade. (SIMÕES; SOARDE; 2006).

Há maior frequência da infecção urinária na gestação devido ocorrer alterações anatômicas e fisiológicas fazendo com que muitas mulheres bacteriúricas assintomáticas tornam-se sintomáticas neste período, pela maior dilatação do sistema coletor, aumento do débito urinário e a redução do tônus vesical favorecem o refluxo vésico-ureteral e estase urinária. (DUARTE et al, 2008). Não foram encontrados estudos que mostrassem relação da ITU com a natimortalidade.

Consumo de cigarros durante a gestação está associado ao aumento da morbimortalidade perinatal, com grande elevação dos coeficientes da natimortalidade. (VIGGIANO, 2007).

Quanto a fatores de risco feto-anexiais anomalias (n=5) e descolamento prematuro de placenta (n=4) estiveram mais freqüentes. Entre as anomalias, encontraram-se anomalias gastrointestinais (gastroquise), cardíacas (bradicardia fetal), congênitas (anencefalia), cromossômicas (uma síndrome de Edwards e uma não definida no prontuário).

O estudo dos fatores de risco da natimortalidade em um Hospital Universitário da região Sul do Brasil, constatou que em 34 prontuários médicos dos fetos natimortos (56,8%) houve a ocorrência de complicações clínicas durante a gravidez. A síndrome hipertensiva teve predominância entre as complicações, e entre as causas houve também malformação fetal, DPP, placenta prévia, diabetes gestacional e ITU. (VARDANEGA et al, 2002).

As causas prevalentes de morte fetal, principalmente em países em desenvolvimento, continuam a hipertensão arterial e as infecções, que são processos passíveis de controle e/ou tratamento: a identificação e tratamento precoces de sífilis, diabetes, anemia e hipertensão podem reduzir os índices de morte fetal anteparto. (CECATTI; AQUINO, 1998).

No estudo em Pernambuco houve maior risco de óbitos fetais em pacientes com síndromes hemorrágicas, trabalho de parto prematuro e malformações fetais, havendo probabilidade de 4,2 vezes maior os natimortos serem de mulheres com estas complicações. (ANDRADE et al, 2009). Também no Rio de Janeiro em uma Maternidade do SUS houve associação entre a morbidade materna com o óbito fetal. (FONSECA; COUTINHO, 2010).

Em relação à causa básica do óbito, ou seja, a doença ou lesão que iniciou os acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte foram analisadas todas as declarações de óbito, conforme quadro 04.

Tabela 4 - Número de natimortos conforme a causa da morte baseada no CID-10 no período de 2006 a 2011 no município de Criciúma-SC.

CID	Descrição	Quantidade (n)
P02.1	Feto e Recém- Nascido afetados por outras formas de descolamento prematuro de placenta e hemorragia - descolamento prematuro de placenta, hemorragia, perda sanguínea materna, separação prematura da placenta, lesão da placenta por amniocentese, cesariana ou indução cirúrgica	8
P02.2	Feto e Recém- Nascido afetados por outras anormalidades morfológicas e funcionais da placenta e as não especificadas - Disfunção, infarto, insuficiência placentária	27
P02.5	Feto e Recém- Nascido afetados por outras compressões do cordão umbilical - nó, enovelamento e ao redor do pescoço	4
P02.6	Feto e Recém- Nascido afetados por outras afecções do cordão umbilical e as não especificadas - cordão umbilical curto, vasa praevia	3
P02.8	Feto e Recém- Nascido afetados por outras anormalidades das membranas	1
P20.0	Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto	3
P20.9	Hipóxia intra-uterina não especificada	2
P07.2	Imaturidade extrema – idade gestacional inferior a 28 semanas completas	1
P70.1	Síndrome do filho de mãe diabética	1
Q00.0	Anencefalia	2
Q90.9	Síndrome de Down não especificada	1
Q24.6	Bloqueio congênito no coração	1
Q27.9	Malformação congênita não especificada do sistema vascular periférico	1
Q62.0	Hidronefrose congênita	1
Q79.3	Gastroquise	1
Q99.9	Anomalia cromossômica não especificada	1
P95	Morte fetal não especificada	16

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Criciúma/SC, 2011.

No estudo as causas do óbito utilizando o CID-10 prevaleceu as causas por complicações da placenta, cordão umbilical e membranas, destacando-se P02.2 com 36,49% que refere-se as anormalidades morfológicas e funcionais da placenta e as não especificadas como disfunção, infarto e insuficiência placentária. Houve também um grande número de causas indeterminadas (21,62%).

No estudo de Fonseca e Coutinho (2010) no Rio de Janeiro no período de 2002 a 2004, as principais causas utilizando o CID-10 foram afecções maternas

(P00), com destaque para transtornos hipertensivos e sífilis, seguidas das complicações da placenta (P02) e crescimento intra-uterino restrito (P05) e 18% dos casos permaneceram com causa indeterminada.

Dados de uma pesquisa também realizada em Pernambuco no período de junho de 2004 a março de 2005, a causa direta da morte fetal de acordo com a DO, 53,3% dos óbitos ocorreram por causas indeterminadas e 20,6% por causas maternas e placentárias (8,4%) e as síndromes hemorrágicas (7,5%). As malformações fetais correspondem a 10,3%, as infecções a 9,3% e as causas feto-anexiais estiveram presentes em 9,3% dos casos. (ANDRADE et al, 2009).

Em relação às consultas de pré-natal, 36,49% (n=27) dos prontuários não continham informações quanto ao número de consultas, porém, 63,51% (n=47) das mães tiveram acesso às mesmas. Vários autores encontraram maior risco de óbito fetal em gestantes que não tiveram acompanhamento pré-natal adequado. (FELDMAN, 1992; AQUINO et al, 1998; SILVA FILHO; MAIA, 2004).

O pré-natal foi avaliado de acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal, considerado adequado aquele que iniciou no primeiro trimestre de gestação, e gestações acima de 37 semanas o número mínimo de seis consultas pré-natais, de acordo com o quadro 05.

Tabela 5 - Número de Consulta Pré-Natal de acordo com a Idade Gestacional e Início do Pré-Natal no período de 2006 a 2011 no município de Criciúma - SC.

Gestantes com IG de 22 a 27 semanas (n)	Início do Pré-Natal por Trimestre (T)	Número de Consultas de Pré-Natal (média)	Maior Valor	Menor Valor
4	1º T	5	5	5
1	2º T	3	4	2
Gestantes com IG de 28 a 31 semanas (n)	Início do Pré-Natal por Trimestre (T)	Número de Consultas de Pré-Natal (média)	Maior Valor	Menor Valor
2	1º T	5	5	5
4	2º T	2,5	4	1
Gestantes com IG de 32 a 36 semanas (n)	Início do Pré-Natal por Trimestre (T)	Número de Consultas de Pré-Natal (média)	Maior Valor	Menor Valor
9	1º T	6,66	10	4
11	2º T	4,09	9	1
Gestantes com IG de 37 a 41 semanas (n)	Início do Pré-Natal por Trimestre (T)	Número de Consultas de Pré-Natal (média)	Maior Valor	Menor Valor
8	1º T	5,75	9	2
4	2º T	4,5	6	4
2	3º T	1,5	2	1
Gestantes com IG de 42 semanas ou mais (n)	Início do Pré-Natal por Trimestre (T)	Número de Consultas de Pré-Natal (média)	Maior Valor	Menor Valor
1	1º T	5	5	5

Fonte: Dados dos Prontuários das mães de natimortos, 2011.

Apenas 24 (61,54%) gestantes começaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, havendo 13 (33,33%) gestantes que começaram o pré-natal no segundo trimestre e duas (5,13%) gestantes no terceiro trimestre de gestação. As gestantes acima de 37 semanas eram no total de 15 e apenas seis destas possuíam no mínimo seis consultas de pré-natal. Foram consideradas apenas 20 gestantes com pré-natal adequado.

Aquino et al., (1998) observaram risco sete vezes maior de óbito fetal no grupo com quatro consultas ou menos de pré-natal quando comparada com o grupo com mais de sete consultas.

Lorenzi et al., (1999) observaram que cerca de 80,7% das gestantes que apresentam óbito fetal tem acompanhamento pré-natal, com uma média de 4,3 consultas realizadas.

Vardanega et al., (2002) constataram maior ocorrência de natimorto nas gestações com pré-natal inadequado, que não eram de acordo com o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

Andrade et al., (2009) observou que a ausência de pré-natal e o número de consultas pré-natais menos que seis consultas, tiveram riscos significativos para o aumento da natimortalidade em seu estudo.

Assim como Fonseca e Coutinho (2010) acredita-se que deve haver melhorias na assistência pré-natal, profissionais comprometidos com o bem-estar materno e fetal, visando à redução da mortalidade do feto.

Acreditamos que a atenção pré-natal é de extrema importância para manter a integridade das condições de saúde da mulher e do feto, e quando mais cedo começar a ser realizado mais fácil de prevenir intercorrências. Infelizmente no município de Criciúma-SC a falta de comprometimento da equipe de saúde de na adequada realização de consultas pré-natais, ficou em evidência neste estudo, na gestação pode ocorrer complicações, mas se o pré-natal for adequado mais fácil será prevenir e tratar os casos, contribuindo para a diminuição de natimortos.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou cumprir o objetivo geral de identificar as causas de natimortalidade no período de 2006 a 2010 dos residentes no município de Criciúma-SC. Concluímos que a causa é multifatorial, mas que muitos dos fatores de risco poderiam ser evitados se houvesse uma adequada assistência pré-natal.

Os objetivos específicos todos foram atingidos e concluímos que o índice de natimortalidade durante o estudo teve maior número no ano de 2010. A idade materna com maior ocorrência foi de 20 a 34 anos e gestação pré-termo. Em relação ao tipo de gestação, 98,65% eram únicas e a maioria parto vaginal.

Os fatores de risco maternos com maior prevalência foram as infecções do trato urinário, distúrbios hipertensivos e uso de drogas de abuso. Quanto às causas feto-anexiais maior prevalência de anomalias e descolamento prematuro de placenta. A causa do óbito segundo CID-10 houve maior frequência de

anormalidades morfológicas e funcionais da placenta e não especificada, disfunção, infarto e insuficiência placentária. As consultas pré-natais mais freqüentes foram no primeiro trimestre de gestação, seguido no segundo trimestre de gestação.

Esperamos que os dados encontrados no presente estudo possam contribuir para análise do adequado pré-natal e os fatores que levam a natimortalidade para o planejamento o a novas ações de saúde visando a prevenção da natimortalidade no município de Criciúma.

Apesar da limitação do estudo devido à falta de registros nas Declarações de óbito e informações das pacientes nas Unidades de Saúde, o mesmo pode demonstrar que existe fragilidade no sistema de saúde quanto aos registros, fato este relatado em outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. **Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada**. Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf Acesso em: 26 de abril de 2011.

ANDRADE, Lannuze Gomes et al. **Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.6, pp. 285-292. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n6/04.pdf> Acesso em: 15 de abril de 2011.

DATASUS, 2011. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**.

Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw> Acesso em: 20 março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. **Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf Acesso em: 20 novembro de 2010.

SANTOS, Lanuze Gomes de Andrade dos. **Fatores associados ao Óbito Fetal em uma maternidade - escola do Recife no período de Junho de 2004 a Março de 2005: um estudo caso-controle**. 2005. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - IMIP, Recife, 2005.

LANSKY, Sônia; FRANCA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.36, n.6, pp. 759-772. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13534.pdf> Acesso em: 31 de Março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. **Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf Acesso em: 29 de abril de 2011.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2004, vol.4, n.3, pp. 269-279. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf> Acesso dia 25 de abril de 2011.

SARDAS, Renato; MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier. **Perdas fetais e natimortalidade no Município de Ribeirão Preto-SP, Brasil, 1991 e 1992**. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30:508-513, out/dez.1997.

AQUINO, Márcia M. A. de; CECATTI, José Guilherme. **Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 1998, vol.20, n.2, pp. 71-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n2/a03v20n2.pdf> Acesso dia 26 de novembro de 2010.

CECATTI, José Guilherme; AQUINO, Márcia M. A. **Causas e fatores associados ao óbito fetal**. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*. Maio/agosto 1998. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/606.pdf> Acesso em: 06 de dezembro de 2010.

CAMARGO, Antonio Benedito Marangone. **A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo**. *São Paulo perspect*;22(1):30-47, jan.-jun. 2008. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_03.pdf Acesso dia: 30 de março de 2011.

FONSECA, Sandra Costa; COUTINHO, Evandro Silva Freire. **Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 240-252. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200004&script=sci_arttext Acesso dia: 30 de março de 2011.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos et al. **Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.7, pp. 326-334. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000700002&script=sci_arttext Acesso dia: 31 março de 2011.

AQUINO, Terezinha de Almeida; SARINHO, Sílvia Wanick; GUIMARÃES, Maria José Bezerra. **Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife-2003**. *Rev. Epidemiologia e Serviços de saúde*. 2007, vol.16, n.2, p.132-135.

SILVA FILHO, Francisco Pedro da; MAIA, Maria Cristina Germano. **Determinantes de Natimortalidade em um Serviço Municipal de Assistência Hospitalar**. *Rev. Brasileira em Promoção da Saúde*. 2004, p. 187-192. Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40817405> Acesso dia 13 de abril de 2011.

ROSA, Maria João Valente. **Notas sobre a população – a propósito da evolução recente do número de nascimentos.** Rev. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Vol. xxxiii (145), 1998, 183-188. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221842547R4fJV3fI3Tn32UN4.pdf> Acesso dia 08 de junho de 2011.

VARDANEGA, Kátia et al. **Fatores de Risco para Natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2002, vol.24, n.9, pp. 617-622. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n9/v24n9a08.pdf> Acesso dia: 09 de novembro de 2010.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. **Gravidez na adolescência.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2006, vol.28, n.8, pp. 443-445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000800001&script=sci_arttext Acesso dia 19 de maio de 2011.

SCHUPP, Tânia Regina; MIYADAHIRA, Seizo; ZUGAIB, Marcelo. **Qual é a conduta atual no óbito fetal?** Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2002, vol.48, n.4, pp. 284-284. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-42302002000400017 Acesso dia 14 de maio de 2011.

SAMPAIO, Ânderson Gonçalves; SOUZA, Alex Sandro Rolland. **Indicação de cesarianas em óbito fetal.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2010, vol.32, n.4, pp. 169-175. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a04.pdf> Acesso dia: 06 de dezembro de 2010.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **Prematuridade e fatores de risco.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%207.pdf Acesso dia 20 de maio de 2011.

NURDAN, Nestor; MATTAR, Rosiane; CAMANO, Luiz. **Óbito fetal em microrregião de Minas Gerais: causas e fatores associados.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2003, vol.25, n.2, pp. 103-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n2/v25n2a05.pdf> Acesso dia 26 de novembro de 2010.

FREITAS, Fernando. **Rotinas em obstetrícia.** 5. ed Porto Alegre: Artmed, 2006. 680 p.

SÁ, Renato Augusto Moreira de; SILVA, Nancy Ribeiro da; REZENDE, Karla Regina Filgueiras de. **Gestação gemelar: problemas em dobro?** Femina; 36(12): 749-755, dez. 2008. Resumo. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=511414&indexSearch=ID> Acesso dia 16 de maio de 2011.

FUNAYAMA, Carolina Araújo Rodrigues et al. **Gravidez Gemelar com Morte Fetal de Um dos Gêmeos: Avaliação Neurológica dos Gemelares Sobreviventes.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2002, vol.24, n.2, pp. 107-112. . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000200006&script=sci_arttext Acesso dia 16 de maio de 2011

SIMÕES, Maria Jacira Silva; SOARDE, Milena Cristina Belon. **Ocorrência de hipertensão arterial em gestantes no município de Araraquara/SP.** SAÚDE REV., Piracicaba, p. 7-11, 2006. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art01.pdf> Acesso dia 15 de maio de 2011.

DUARTE, Geraldo et al. **Infecção urinária na gravidez.** *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(2):93-100 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08.pdf> Acesso dia 23 de maio de 2011.

VIGGIANO, Marcello Braga et al. **Tabagismo materno durante a gravidez - implicações na prática obstétrica.** *Femina*; 35(4): 235-238, abr. 2007, (Resumo). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=456976&indexSearch=ID> Acesso dia 16 de maio de 2011.

AQUINO, Márcia M A de et al. **Conduta obstétrica no óbito fetal.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 1998, vol.20, n.3, pp. 145-149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72031998000300004&script=sci_arttext Acesso dia 06 de maio de 2011.

FELDMAN, GEORGE B. **Prospective Risk of Stillbirth Obstetrics & Gynecology.** 79(4):547-553, April 1992. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/toc/1992/04000> Acesso em: 21 de novembro 2010.

LORENZI, Dino Roberto Soares de. **Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 1999, vol.21, n.8, pp. 488-488. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72031999000800013&script=sci_arttext Acesso dia: 12 de novembro de 2010.

CONTROLE SOCIAL: PAPEL DOS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA

Ioná Vieira Bez Birolo

Prof.^a MSc. da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. E-mail: ionavieira71@hotmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Prof.^a Doutoranda da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. E-mail: luk@unesc.net

Patrícia Araújo Burato Miguel

Enfermeira Residente do Programa de Residência multiprofissional em Atenção Básica- Saúde da Família. E-mail: patriciapatipi@hotmail.com

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo do tipo descritivo sobre o tema “Controle Social no SUS e o papel dos Conselhos Populares de Saúde”, desenvolvido em Criciúma/SC. O Movimento Popular de Saúde do município de Criciúma vem elegendo Conselhos Populares de Saúde desde 1994. Teve-se como objetivo identificar o entendimento dos Conselheiros Populares do município de Criciúma - SC sobre sua função. Partiu-se do pressuposto de que os membros do conselho popular de saúde não possuem capacitação para sua atuação no controle social no Sistema Único de Saúde. A pesquisa ocorreu no município de Criciúma, com a participação de 10 conselheiros Populares de Saúde. Os aspectos éticos foram respeitados conforme resolução nº. 196 de 1996. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisados segundo análise de conteúdo. Teve-se como categorias emergentes: Tornar-se Conselheiro Popular de Saúde; Objetivo do Conselho Popular de Saúde; Ações do Conselho Popular de Saúde; O papel do Conselho Popular de Saúde; Reuniões do Conselho Popular de Saúde; Relação entre Conselho Popular de Saúde e a Equipe de Saúde Local; Capacitação para Conselheiros Populares de Saúde; Importância de capacitação para Conselheiros Populares de Saúde. Os conselheiros participantes variam de 42 a 69 anos idade. Todos relataram saber o papel do Conselho Popular de Saúde. A relação entre Conselhos e equipe das Unidades Básicas de Saúde acontece de maneira harmoniosa e comunicativa. Os conselheiros relataram a importância de uma capacitação envolvendo os conselhos e a comunidade para a construção de um controle social ativo.

Palavras-chave: Conselho Popular de Saúde; Participação Popular; Controle Social; Capacitação para conselheiros.

ABSTRACT

Social Control in the SUS and the paper is about a research of qualitative matrix of the descriptive type on the subject “of the Popular Advice of Health”, developed in Criciúma/SC. The Popular Movement of Health of the city of Criciúma comes choosing Popular Advice of Health since 1994. It was had as objective to identify the agreement of the Popular Council members of the city of Criciúma - SC on its function. It was broken of the estimated one of that the members of the popular advice of health do not possess qualification for its performance in the social control

in the Only System of Health. The research occurred in the city of Criciúma, with the participation of 10 Popular council members of Health. The ethical aspects had been respected in agreement resolution nº. 196 of 1996. The data had been collected by means of half-structuralized interviews and analyzed as it analyzes of content. It was had as emergent categories: To become Popular Council member of Health; Objective of the Popular Advice of Health; Action of the Popular Advice of Health; The paper of the Popular Advice of Health; Meetings of the Popular Advice of Health; Relation between Popular Advice of Health and the Local Team of Health; Qualification for Popular Council members of Health; Importance of qualification for Popular Council members of Health. The participant council members vary of 42 the 69 years age. All had told to know the paper of the Popular Advice of Health. The relation between Advice and team of the Basic Units of Health happens in harmonious and communicative way. The council members had told to the importance of a qualification involving the advice and the community for the construction of active a social control.

Keywords: Health Council of Peoples Participation; Social Control; Training for counselors.

INTRODUÇÃO

Em 1986 é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde com ampla participação dos trabalhadores, governo, usuários e prestadores de serviço de saúde. A VIII CNS significou um marco para o processo de construção de um modelo de saúde, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente entre outros, pois cristalizou demandas construídas pelo movimento denominado Reforma Sanitária (GERSCHMAN, 1995).

A democracia participativa teve sua consagração na CF/88 no art.198, sendo inserida como um princípio do SUS “participação da comunidade”. Todo o surgimento do SUS teve como base o movimento da Reforma Sanitária. O Brasil sendo um país democrático significa a soberania popular, ou seja, o poder emana do povo, e a participação direta ou indireta para que a vontade popular seja efetivada (GAVRONSKI, 2003).

Após a implantação do SUS criou-se a Lei Orgânica da Saúde 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 dá outras providências. A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 regulamenta os Conselhos de saúde e as Conferências de Saúde como instâncias para a participação popular (BRASIL, 2003).

Ao longo da história do Conselho Nacional de Saúde, este se caracterizou pelos assuntos de saúde pública voltada ao caráter consultivo e normativo, ou seja, estabelecia normas e diretrizes. Ocorreram muitas modificações até em 1990, que por intermédio de um “decreto nº 99.438 de 07/07/1990, foi criado o novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, passando a ter um caráter deliberativo, agora podendo analisar e decidir sobre os assuntos da saúde pública (BRASIL, 2008).

No que se refere aos Conselhos Municipais de saúde, estes possuem competências definidas nas leis federais e complementares. Sendo algumas de suas funções (GRISOTTI, 2006. p.39).

- Atuar na formulação e controle de execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativo;
- Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível estadual e municipal.
- Traçar diretrizes as diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados a secretaria de saúde e ao fundo de saúde;
- Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde.
- Entre outras funções.

Conselhos Locais de Saúde

O controle social surgiu na década de 1970. No período militar ele era exercido com o controle do Estado sobre a sociedade. No período da democratização a discussão da participação social voltou com a dimensão de controle sobre o Estado; “na área da saúde a partir da experiência dos Conselhos Populares da Zona Leste de São Paulo, surge o movimento popular de saúde, inicialmente também com uma postura de autonomismo e independência popular” (CORREIA, 2005.p.61).

No mesmo período do surgimento dos Conselhos Populares de Saúde ocorreu o movimento da Reforma Sanitária com representação de vários segmentos da sociedade (profissionais, intelectuais, e lideranças políticas da área da saúde), onde buscavam a democratização e oposição ao regime militar. A Reforma Sanitária propôs a formulação de alternativas à política de saúde, com a participação de sindicalistas, movimentos comunitários entre outros (CORREIA, 2005).

Os Conselhos Populares de Saúde são formas autônomas de organização da comunidade, onde são eleitos diretamente pelos cidadãos nos bairros e regiões, tendo por finalidade estimular a participação da comunidade para melhoria da qualidade de vida e saúde (BOGUS, 2003).

No município de Criciúma os Conselhos Populares de Saúde surgiram juntamente com a criação dos Programas Saúde da Família em 1994. Tendo como agentes responsáveis dos CPS os assistentes sociais, com participação de seminários, e reuniões. O primeiro Seminário dos CPS foi realizado em outubro de 1994 com a temática: “participação é conquista, população e governo decidindo juntos”. O segundo seminário ocorreu em novembro 1995 com o foco na mesma temática anterior, teve como participação 158 pessoas inscritas. O terceiro seminário foi realizado em novembro de 1997 já com 211 pessoas, tendo por tema: “saúde pública e participação popular” (OLIVEIRA, 2001).

De acordo com o Estatuto dos Conselhos Populares de Saúde de Criciúma, no seu art. 2º descreve XII competências que os mesmos devem ter como função do CPS. Envolvendo a representação da comunidade judicialmente na defesa de direitos estabelecido em leis; Denunciar atitudes de “imprudência, negligência e imperícia” praticados contra a pessoa no exercício regular dos recursos; Recomendar meios de programação e execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos; Participar do planejamento estratégico local junto a Unidade de Saúde; Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados a população pelas instituições públicas, privadas que fazem parte do Sistema Único de Saúde - SUS no município de Criciúma; Participar na elaboração dos projetos quanto à localização e o tipo de unidades de saúde pública e privada no âmbito do SUS; Ter conhecimento das condições de vida e os problemas do bairro; Incentivar a criação do CPS nos bairros; Participar das campanhas de vacinação ; Participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, com representação no CMS de um membro; Propor temas e sugestões para o Conselho Municipal de Saúde e Conferências e/ ou Seminários relativos a saúde (CRICIUMA, 2009).

O Conselho Popular de Saúde possui características como a de pesquisar as condições de vida da comunidade, os problemas de saúde que mais se destacam no bairro e os serviços que são disponíveis a população, realizar um levantamento das principais causas dos enigmas e propor sugestões por um plano à unidade de

saúde, prestar informações aos usuários, fiscalizar o atendimento dos serviços da unidade e cuidar com a qualidade dos serviços prestados (BOGUS, 2003).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa de análise dos dados. O trabalho foi desenvolvido por meio de entrevistas individuais com conselheiros populares de saúde que integram o Conselho Popular de Saúde do município de Criciúma. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A pesquisa respeitou todos os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob protocolo nº.135/2009.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de conselheiros que atuam nos Conselhos Populares de Saúde. Independente de sexo, e segmento representativo no órgão.

A existência de Conselho Popular de Saúde superior a um ano, e Conselhos Populares de Saúde que possuem no mínimo quatro reuniões com registro em ata no ano de 2009 foi adotado como critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa. Do universo de 44 Conselhos Populares de Saúde no município de Criciúma, apenas onze foram selecionados.

Realizou-se a seleção dos Conselhos Populares de Saúde através via telefônica para verificação dos critérios de inclusão/exclusão. Conseguimos contato com 34 Conselhos Populares de Saúde, destes, 18 relataram a inexistência de quatro reuniões no ano de 2009, e 3 tinham a formação inferior a um ano de criação; logo, não sendo selecionados para a pesquisa. Dos CPS que foram selecionados 11, apenas um, após quatro tentativas via telefônica perdemos o contato, o qual não foi possível marcar um horário para a entrevista, os outros dez aceitaram participar da entrevista, e em conversa por telefone marcamos o horário e local para realização da mesma. A escolha do entrevistado ocorreu por meio de indicação dos Conselheiros, alguns já ficaram decididos quando em conversa por via telefônica, outros conselheiros foram definidos quando fomos a reunião do CPS, que em acordo entre os membros elegeram um conselheiro para participar da entrevista.

As entrevistas aconteceram nas reuniões do Conselho Popular de Saúde, em local de trabalho e em domicílio em data e horário que os participantes julgaram de sua preferência.

A entrevista com os Conselhos Populares de Saúde teve como objetivo verificar o entendimento da função dos mesmos como órgãos do controle social do Sistema Único de Saúde. O roteiro de entrevista utilizado foi composto por quatro grupos de questões; a identificação ou caracterização, função do Conselho Popular de Saúde (objetivo, ações e reuniões do conselho); Relação entre Conselho Popular de Saúde e Unidade Básica de Saúde, e a Formação dos Conselheiros (capacitação, educação permanente).

Para preservar o anonimato dos conselheiros decorrente da entrevista utilizou-se a letra “C” significando Conselheiro seguido de um respectivo número para caracterizar o Conselheiro Popular de Saúde, conforme preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Caracterização dos Conselheiros Populares de Saúde

Dos dez conselheiros entrevistados, cinco já participavam do Conselho Popular de Saúde com período superior a cinco anos, e os outros cinco conselheiros inferiores a cinco anos de atuação no órgão. A idade dos membros variava da fase adulta para terceira idade (42-69 anos de idade), representam diversos órgãos representativos da comunidade, e na sua maioria, seis conselheiros que participaram, já são aposentados.

Com a caracterização dos conselheiros entrevistados pode-se perceber que a composição se enquadra no art. 4º e dispõe da participação dos três segmentos preconizados para a formação do CPS. Nove dos membros que participaram da pesquisa fazem parte da composição da diretoria do Conselho, que segundo o art. 7º do Estatuto dos CPS do município de Criciúma o mesmo “será dirigido por uma diretoria composta de um coordenador, um secretário, um tesoureiro e respectivos suplentes eleitos pela maioria [...]” (CRICIUMA, 2009).

Concepções dos conselheiros sobre seu papel

Na análise qualitativa, elaboramos oito categorias temáticas: Tornar-se Conselheiro; Objetivo do Conselho Popular de Saúde; Ações do Conselho Popular de Saúde; O papel do Conselho Popular de Saúde; Reuniões do Conselho Popular de Saúde; Relação entre Conselho Popular de Saúde e a Equipe de Saúde Local; Capacitação para Conselheiro Popular de Saúde; Importância de capacitação para Conselheiros Popular de Saúde.

Tornar-se Conselheiro

Oito conselheiros, referiram que se tornaram conselheiros por convite realizado de outros membros, já participava como cidadão ou mesmo por meio de indicação.

“Através da Associação de Moradores, o CPS estava parado, a enfermeira conversou para fazer uma reunião para reerguer, ai assumi” (C3).

A outra questão evidenciada foi a eleição, apresentada por edital, chapa e votação conforme descrita a seguir:

“Fui convidado para fazer parte do conselho, houve uma eleição, não tinha outra chapa, fui direto” (C8).

O Conselho Popular de Saúde é composto por órgãos e entidades da sociedade e apresenta força social significativa, conforme resolução nº. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde na terceira diretriz dispõe que “os representantes no Conselho de Saúde serão indicados por escrito pelos seus respectivos segmentos entidades [...] o mandato dos conselheiros será definido no regimento interno do Conselho [...] sugerindo-se a duração de dois anos”. De acordo com o estatuto dos Conselhos Populares de Saúde de Criciúma o membro escolhido por meio de assembléia geral terá mandato de dois anos, no art. 7º a diretoria do conselho e seus respectivos suplentes serão eleitos pela maioria simples que estiverem na assembléia geral (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2003).

Objetivo do Conselho Popular de Saúde

Nesta categoria houve o surgimento de seis subcategorias: Fiscalização; Trabalhar em prol da comunidade; Representar comunidade aos gestores; Cooperar com a equipe de saúde; Elaboração de políticas públicas de saúde; Prioridade às pessoas necessitadas.

Fiscalização e cooperação foi o item mais citado pelos conselheiros:

“Varias coisas, fiscalizar o que está certo e errado. Se tem alguma reclamação leva na Secretaria municipal de saúde, se não fica com nos aqui na Unidade com enfermeira” (C10).

Uma das funções que compete ao Conselho Popular de Saúde no art. 2º parágrafo VI “acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados as populações pelos órgãos e entidades públicas, privadas integrantes do SUS” (CRICIUMA, 2009).

Trabalhar em prol da comunidade: Os Conselheiros mostraram-se ativos junto à comunidade ajudando a resolver problemas existentes, por meio de reivindicações de melhorias e a avaliação do andamento das ações e serviços de saúde realizadas. Expressaram que é preciso lutar pela saúde, e pelas necessidades do povo, colocadas nas falas a seguir:

“É a saúde da comunidade, lutar pela saúde e pelo bom atendimento” (C3).

“[...] trabalhar de forma coerente com as necessidades do povo” (C6).

Os entrevistados apontaram que a participação social na saúde por meio dos usuários é muito importante para que os avanços nos serviços de saúde ocorram e haja um elo de comunicação entre profissionais e comunidade.

O relacionamento dos conselheiros com os governantes se estabelece por intermédio da apresentação das atas de reunião e participação da reunião do conselho. A importância da comunicação do CPS e prefeitura trazem benefícios para a comunidade, porquanto os líderes públicos conhecem a realidade e necessidade de cada comunidade, podendo investir e promover na promoção e proteção da saúde com maior eficiência.

Cooperar com a equipe de saúde: Questão comentada como objetivo do CPS está relacionado à cooperação com a equipe de saúde.

“(...) ajudar no posto a enfermeira e o médico (...)” (C1).

“Ajudar, trabalhar ao lado da equipe de saúde (...)” (C4).

Considera-se que a participação das entidades da comunidade no CPS se caracteriza pela integração e força da comunidade.

Cabe ao Conselho Popular de Saúde, participar do planejamento local e outras questões específicas referentes às unidades de saúde; bem como participar das campanhas de vacinação e outras que se fizerem necessárias, art.2º, parágrafo V e X respectivamente (CRICIUMA, 2009). É possível averiguar um entendimento de controle social voltado para o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, no sentido de que estariam contribuindo na construção de um serviço de saúde de melhor qualidade, porquanto a participação com a unidade de saúde possibilitará que o nível de satisfação com as ações de saúde possa ser avaliado.

Elaboração de políticas públicas de saúde: o conselheiro refere por função, ser propositivo de elaboração de políticas públicas de saúde (C2), confirmando com a fala:

“[...] propositivo de elaboração de políticas públicas de saúde dentro das características de cada bairro, saúde pública direito de cidadania” (C2).

Justificando esta subcategoria comenta-se que o conselho precisa estabelecer diretrizes e critérios operacionais a localização e ao tipo de unidade, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade (MINISTERIO DA SAUDE, 2003).

Ações do Conselho Popular de Saúde

Emergiram-se desta categoria três subcategorias: Estrutura Física da UBS; Contratação de profissionais; Intersetorialidade.

Sobre a Estrutura Física da UBS: Seis conselheiros relataram como principal ação do Conselho Popular de Saúde até o presente momento, a abertura, a construção, e a reforma da unidade básica de saúde conforme algumas falas abaixo descritas:

“Abertura da UBS, através da diretoria indo até ao prefeito para reabrir o posto de saúde e o centro comunitário” (C1).

“Reforma da unidade, e que não se fechasse a unidade, porque iria ser fechado” (C4).

Cabe aos conselhos propor critérios para programação e para execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos, e participar da elaboração de diretrizes quanto à localização e o tipo de unidade de saúde pública (CRICIUMA, 2009).

Contratação de profissionais para a unidade de saúde, como médico, agente comunitário de saúde e dentista. Uma das funções referida pelos conselheiros foi à conquista e a luta por profissionais para a unidade básica de saúde. E como coloca o estatuto dos CPS do município de Criciúma no art.2º é dever do mesmo participar do planejamento local e outras questões referentes à unidade de saúde (CRICIUMA, 2009).

Intersetorialidade abordada enquanto relação da saúde com o cuidado do meio ambiente, e trânsito como ilustra a seguinte fala:

“Estamos junto com a Associação de Moradores, dando forças para a limpeza das ruas com patrôla, melhorias das ruas, olhando com carinho sempre, estamos em cima para o acostamento na rua. Trabalhamos para a feitoria do bairro” (C9).

Na resolução nº.333 na quinta diretriz no VI parágrafo é de competência do conselho “estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescentes e outros” (MINISTERIO DA SAUDE, 2003).

Papel do Conselheiro Popular de Saúde

Da categoria “papel do conselheiro” emergiu três subcategorias: Conselheiro enquanto canal para a população; Dificuldades encontradas pelos conselheiros; Desempenho do conselheiro.

Conselheiro enquanto canal para a população: Em relação se existiam dificuldades encontradas pelos conselheiros em desenvolver sua função a maioria

(6) negou, relatando que a população os procura para fazer reivindicações, tem espaço livre, e são bem conhecidos como evidenciam algumas das falas:

“Não, até por sinal as pessoas procuram os membros para fazer reivindicações. Trabalho muito bom, se dedicam muito. Existe intercâmbio de combinação” (C6).

“O controle social está voltado para a defesa do SUS e de sua efetivação, resgatando seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a qualidade dos serviços” (CORREIA, 2005.p.64).

Dificuldades encontradas pelos conselheiros: Acreditamos que a participação da comunidade no Conselho Popular de Saúde interfere muito no desenvolvimento das atividades, e pode ser considerada diversa de acordo com a localidade territorial da população. As afirmações dos conselheiros colocam quanto à prática do controle social e da função de gestão participativa mesmo com despeito das dificuldades encontradas, os avanços e interesse pela efetivação do controle social se manifesta com resolutividade para os cidadãos.

Entretanto, alguns conselheiros (três) apontaram encontrar dificuldades no cumprimento de seu papel como, a falta de interesse da sociedade, falta de discussão de saúde nas escolas, a demora para solução dos enigmas, e falta de diálogo entre conselheiro e secretário da saúde como expõe as consecutivas falas:

“[...] existe falta de interesse da própria sociedade, isso é falta de discussão de saúde na escola. População conquistou o SUS, e hoje 80% não conhecem o SUS” (C2).

“Falta diálogo dos CPS com o secretário da saúde, Falta reunião com todos os conselhos juntos populares juntos” (C9).

A cultura e desinteresse de não participação presente em nossa sociedade e o medo de discriminação são fatores que contribuem para a redução da sociedade no controle da saúde. “A orientação e o esclarecimento da população quanto às questões que permeiam a participação social e a atuação no conselho gestor local aparecem como estratégia que poderia ser desenvolvida visando ao aprimoramento do controle social no SUS” (ARANTES, 2007.p.7).

Alguns limites que se fazem presentes no dia a dia dos conselhos envolvem a ingerência política na escola dos conselheiros; a falta de informação dos

conselheiros; a desarticulação com as bases; a fragilidade da mobilização das entidades representativas, que por sua vez é reflexo da desmobilização da sociedade; a pouca transparência dos gestores no uso dos recursos; a pouca visibilidade social das ações dos Conselhos; O descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores (CORREIA, 2005).

Neste sentido, a articulação dos atores envolventes do controle social na saúde por intermédio de eventos, encontros e processos educativos trás um fortalecimento das políticas de saúde, com vistas a motivar e qualificar a participação social.

Desempenho do conselheiro: Outra questão importante de ressaltar diz respeito ao papel do conselheiro de saúde que apenas um conselheiro relatou com certa relevância (C2), como mostra a seguinte fala:

“Considero importante o papel que tenho, de ser um instrumento na mão do cidadão, não adianta ir sozinho fazer críticas para a secretaria, tem valia junto ao Conselho, somar idéias é mais fácil. Ver se o usuário foi bem atendido, tentar ajustar as coisas sem ser vaidosa” (C2).

Assim, o papel dos conselheiros se manifesta como um canal de articulação para facilitar a relação da equipe de saúde com a comunidade bem como na conquista de melhorias para o bairro junto ao gestor municipal. No entanto, a prática no cumprimento do papel de conselheiro se encontra limitada por muitos, visto que há déficit de interação entre as lideranças e desvalorização das instâncias de participação e um contexto social desmobilizado e desorganizado.

Reuniões do Conselho Popular de Saúde

Nesta categoria surgiram três subcategorias: frequência que acontecem as reuniões; entidades que participam; outros grupos organizados da comunidade participam.

Frequência que acontecem as reuniões: Todos os conselheiros entrevistados comentaram que as reuniões ocorrem mensalmente, ou seja, de caráter ordinário, e dois destes proferiram também ocorrer reuniões de caráter extraordinário. O Conselho Popular de Saúde reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quando necessário (CRICIUMA, 2009).

Entidades que participam: grande maioria, envolvendo sete dos conselheiros relataram, sobre a participação de entidades e grupos organizados da sociedade diz respeito a participação de membros da igreja, escola, creche, representantes do bairro, clube de mães nas reuniões do Conselho Populares de Saúde.

Outros grupos organizados da comunidade participam: A terceira subcategoria diz respeito ao caráter público que compõe as reuniões do conselho, pela divulgação na igreja, convocação da comunidade. Apenas três Conselhos Populares de Saúde convidam a população para as reuniões do conselho gestor. Apresenta déficit no vínculo e aproximação com os atores da unidade de saúde, em proposta o fortalecimento do controle social em convidar a população a participar das reuniões por meio de divulgação na unidade de saúde.

Relação entre Conselho Popular de Saúde e Equipe de Saúde Local

Emergiram desta categoria duas subcategorias: a propósito do repasse de informações; abordando o relacionamento entre CPS e UBS.

A propósito do repasse de informações: foi a mais comentada por nove conselheiros envolvendo o repasse das informações e discussão dos problemas entre UBS/ CPS que acontecem nas reuniões, e diariamente na UBS.

“O repasse de informação ocorre nas reuniões, ou se necessário a gente vai lá, toda reunião é visto como está a situação da UBS. O pessoal do Conselho passa na unidade” (C3).

“Vou lá na unidade quando tem probleminha, quando não tem e esta ocorrendo bem discutimos na reunião, onde tem a palavra livre, tudo é resolvido aqui na reunião” (C9).

Na composição do CPS vimos a representação dos trabalhadores de Saúde, voltado a atenção básica (CRICIUMA, 2009). Compreende-se que englobam os trabalhadores das unidades de saúde, onde os profissionais de saúde vinculam-se ao conselho, facilitando o repasse das informações que ocorrem na unidade. Como cabe ao CPS acompanhar e avaliar os serviços e ações de saúde prestadas a comunidade, o mesmo precisa estar ciente dos acontecimentos da unidade com finalidade de melhoramento da promoção da saúde, prevenção de doenças. Acredita-se que o encontro nas reuniões do Conselho Popular de Saúde entre a

equipe de saúde e os membros do conselho serve para discussão e troca de experiências entre os atores, servindo de grande aproveitamento para melhoria das práticas e ações em prol da saúde da comunidade.

Abordando o relacionamento entre CPS e UBS: se refere à união, caminhando lado a lado e uma boa relação entre CPS/ UBS. Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam nas unidades de saúde, têm capacidade de reconhecer as necessidades da população e reivindicar ao gestor Municipal melhorias para uma assistência de qualidade. Logo, espera-se que a equipe de saúde precisa ser uma parceira dos Conselhos Populares de Saúde, e articular com estes as atividades realizadas contribuindo para a efetivação do controle social na saúde.

Capacitação para Conselheiros Populares de Saúde

A partir desta categoria, surgiram três subcategorias envolvendo os eventos que participaram, os temas que foram abordados nas capacitações, além de alguns conselheiros nunca terem participado de encontros para conselheiros.

Participação em eventos mostrou que seis dos conselheiros participaram de algum evento entre eles, seminários, palestras e conferência. Os conselheiros de saúde baseiam-se em capacitação a participação em seminários e palestras, alguns em conferências. Observa-se que a participação nestes eventos não é freqüente. “A capacitação de conselheiros se caracteriza por um processo permanente de formação e informação” (CORREIA, 2005.p.95).

Sobre os temas que os conselheiros tiveram nos eventos que participaram, englobando processo saúde –doença, qualidade de atendimento, direito- saúde-legislação, prioridades e funções.

No que se menciona a capacitação dos conselheiros, é uma estratégia primordial para a prática de formação, um meio de atualização das informações de saúde e conhecimento do papel de conselheiro no controle social. São importantes as ações educativas com os Conselhos Populares de Saúde, porquanto acredita-se que a valorização das ações de saúde e o fortalecimento da participação popular ocorrerão quando os conselheiros tiverem uma maior abrangência dos instrumentos necessários para efetivar o controle social.

Quatro conselheiros relataram que nunca participaram de capacitações. A

proposta de capacitação para os conselheiros é importante, pois a renovação dos mesmos ocorre de 2-2 anos; logo, o processo prepara os conselheiros para efetivar o controle social no SUS (CORREIA, 2005).

Importância de capacitação para Conselheiro Popular de Saúde

Desta categoria surgiram três subcategorias referentes à importância da realização de uma educação permanente ou uma capacitação para os conselheiros, como também a contrariedade de conselheiros sobre as capacitações para os mesmos, e o valor de uma capacitação aberta para todos os segmentos da sociedade.

Importância da realização de uma educação permanente ou uma capacitação para os conselheiros: sendo a mais comentada, por oito conselheiros, diz a propósito da importância que os conselheiros demonstraram sobre a realização de uma capacitação para os mesmos, considerando o enfrentamento diante das situações, de como tratar as pessoas, e entender a qualidade da função desenvolvida.

Entende-se que o processo de capacitação pode ser utilizado no sentido de priorizar a formação dos conselheiros por meio de um curso, principalmente aos novos membros do movimento e aperfeiçoar as lideranças existentes para que o controle social se torne mais ativo. O valor de uma capacitação aberta para todos os segmentos da sociedade demonstra a necessidade de uma capacitação de vários segmentos da comunidade, aberta para a comunidade.

“Sim, o conselho tem que trabalhar junto, (...) capacitação aberta para a comunidade para as pessoas entenderem o que é o conselho popular de saúde. Capacitar mais pessoas, pois são sempre quase os mesmos membros, não sabem a importância e o valor que tem. Persistência em divulgar e fazer uma explanação do que vai ser falado” (C4).

Observamos nas falas dos conselheiros a importância da comunidade participar das capacitações junto aos membros do conselho, em convocar os cidadãos possibilitando o entendimento e esclarecimento sobre o Conselho Popular de Saúde. Interligando uma resposta de um conselheiro presente na categoria 5 referente a uma dificuldade encontrada “falta reunião com todos os conselhos de saúde juntos” (C9), pode-se vincular a realização de reuniões onde os conselheiros

trocam experiências e conhecimentos por meio de um encontro , servindo para incentivar o controle social dos conselheiros, mostrando a importância que os mesmos tem em desenvolver seu papel perante a sociedade.

A articulação entre conselheiros é importante para determinar o rumo das políticas de saúde. Bem como a articulação conselhos/conselheiros e população favorecem e asseguram nas decisões sendo colocados os interesses da maioria da população, por meio de e-mails, informática, murais, ouvidorias entre outros (CORREIA, 2005).

Contrariedade de dois conselheiros sobre as capacitações: aborda o desinteresse por parte dos conselheiros em realizar uma capacitação, relatando de forma geral a falta de tempo como evidenciam as falas seguintes:

“O problema é achar conselheiro que tenham tempo para fazer, que seja gratuito, Se estiver disponibilidade de tempo, que o poder público se dedique em realizar, é bom” (C6).

“Pra mim não dá mais, não tenho tempo. Não gosto de me comprometer e não ir, mas deveria ter pra se ter mais conhecimento” (C10).

Acredita-se que alguns problemas se arrastam pela desmotivação destes conselheiros, podendo caracterizar a falta de conhecimento das finalidades do Conselho Popular de Saúde por parte dos conselheiros. Dessa forma concorda-se que se faz mister a atualização dos conhecimentos condizentes ao sistema de saúde e atividades do Conselho Popular de Saúde, por intermédio de capacitações de conselheiros.

Educação Permanente

A partir das observações vivenciadas e dados coletados por meio da entrevista com os Conselheiros Populares de Saúde, sugere-se capacitação por meio de Educação Permanente. A Educação Permanente para os Conselhos de Saúde tem grande importância no fortalecimento da democracia participativa, bem como, proporcionar o fortalecimento dos movimentos sociais. A educação permanente abrange “contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências”. A Educação Permanente dos conselhos de saúde representa a política de uma conquista das reuniões do Conselho Nacional de Saúde, bem como, os estaduais e municipais. Esta política amplia a abordagem das capacitações dos

conselhos e possibilita o acesso às informações sobre o processo de saúde e doença e do SUS. Favorecem para a realização de ações e atividades em efetivação do direito a saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 2007).

“A educação para o controle social na saúde deva estar inserida em uma política de educação permanente que vise à formação dos diferentes segmentos: usuários, trabalhadores e gestores para a participação social no SUS” (ARANTES, 2007.p.12).

“As capacitações devem ter como base uma metodologia participativa, que permita aos conselheiros serem sujeitos desse processo, inclusive apontando temas e conteúdos a serem desenvolvidos”. Tendo como objetivo a colocação de conhecimentos, esclarecimentos de dúvidas, questionamentos. Os assuntos variam de conselho para conselho, há conselhos que não sabem seu papel, outros querem conhecer aspectos legais do SUS, e planejamento participativo (CORREIA, 2005.p.97).

Com base nisto, dispomos de um item onde os conselheiros relataram sugestões de temas de seus interesses para uma capacitação de saúde: discutir propostas de políticas públicas; o que é um conselho de saúde; caminho de direitos e deveres que envolvem a saúde; esclarecer vida e saúde; verbas da saúde pública; projetos, de que forma pedir auxílio ao vereador; levar as pessoas à relação UBS/CPS e comunidade.

Os conteúdos da proposta para trabalhar com os conselheiros de saúde abordam questões do papel do conselho e conhecimento sobre a legislação do SUS. Estes conteúdos foram definidos com as sugestões dos conselheiros que participaram da pesquisa, e caracterizam como assuntos de interesse e importância. Contendo os seguintes temas: Conselhos de Saúde e estratégias de participação (Papel do conselho popular; papel do conselheiro, estruturação do conselho, composição, organização e funcionamento); Ampliação da cidadania (políticas públicas; inclusão e exclusão social no bairro; compreender a realidade local, convite aos usuários participarem das reuniões); Aspectos Legais do SUS, bem como a importância da relação comunidade-CPS-UBS.

A realização de educação permanente com os conselheiros populares de saúde é um processo inacabado, pois novos conselheiros estão sempre ingressando nesta carreira de luta para a comunidade. Acredita-se que por meio de reflexões destes e de outros temas poderemos auxiliar no processo de transformação da

saúde de nosso país. Nessa perspectiva, sabemos do importante papel que o Conselho Popular de Saúde exerce, não só nas ações com vistas ao controle social, mas também na busca de melhorias e práticas que fortalecem o SUS.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa pode-se apreender a importância do controle social por intermédio dos Conselheiros Populares de Saúde, mas ainda quando estes concebem a relação entre os profissionais da unidade básica de saúde e comunidade para o alcance da melhoria de qualidade de vida e saúde da comunidade.

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados por meio da entrevista e diálogo com os conselheiros participantes. A pergunta de pesquisa, Qual o entendimento dos Conselheiros Populares de Saúde do município de Criciúma - SC sobre sua função? Percebe-se que os Conselheiros Populares de Saúde tem o conhecimento sobre sua função, porquanto muitos lutam junto à equipe da unidade de saúde para melhorias de saúde.

A relação do Conselho Popular de Saúde com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) ocorre de maneira harmoniosa e comunicativa. Nove conselheiros comentaram que o repasse das informações e a tentativa de resolução dos problemas acontecem nas reuniões do CPS, ou quando necessário os conselheiros vão até a UBS. Acredita-se que a relação entre Conselhos Populares de Saúde e unidade básica de saúde consiga efetivar conquistas para a comunidade e que desenvolva parcerias para a divulgação do controle social.

A propósito de uma educação permanente para os conselheiros de saúde, se faz necessário para aprimorar os conhecimentos e haver trocas de informações, tendo como meio de incentivo a realização de temas que os mesmos têm por interesse. Os conselheiros elencaram a capacitação de suma importância para se tornar a par de diversos temas. Entende-se que o processo de capacitação pode ser utilizado no sentido de priorizar a formação dos conselheiros por meio de um curso, principalmente aos novos membros do movimento e aperfeiçoar as lideranças existentes para que o controle social se torne mais ativo. Observa-se nas falas dos conselheiros a importância da comunidade participar das capacitações

junto com os membros do conselho.

O Conselho Popular de Saúde precisa ser um instrumento efetivo no controle social, mesmo sendo pouco conhecido perante a sociedade. É fundamental a interlocução dos conselheiros com a equipe da atenção básica possibilitando, assim, espaços destinados a participação popular.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Cássia Irene Spinelli *et al.* **O controle social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de enfermeiras da atenção básica.** In: Texto & Contexto- Enfermagem. Vol. 16. n.3. Florianópolis. Jul/set.2007.

BOGUS, Claudia Maria *et al.* **Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo.** In: Saúde e Sociedade. Vol.12.n.2. São Paulo jul/dez.2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletâneas de Normas para o Controle Social n Sistema Único de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.154p.

BRASIL, Ministério da Saúde – **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – Relatórios - Tipos de unidades / 2008.** Disponível em: cnes.datasus.gov.br . Acesso: 17/04/2009.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 280p.

CRICIUMA. **Estatuto dos conselhos populares de saúde de Criciúma.** Acesso em: 19.06/2009

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. **Conselhos de Saúde, Democracia Participativa e a Inconstitucionalidade da Presidência Nata.** In: Revista de Direito Sanitário: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Vol.4- nº2 - julho/2003.

GERSCHMAN, Silva. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.202p.

GRISOTTI, Márcia. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis.** Florianópolis: Ed. UFSC, 2006. 159p.

OLIVEIRA, Andréia de. **A participação popular nos Conselhos Populares de Saúde no Município de Criciúma- SC.** Florianópolis: Dissertação de mestrado em saúde pública. 2001.

MINISTERIO DA SAUDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333**, de novembro de 2003. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br>

MINISTERIO DA SAUDE. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS**. 2007.

DIAGNÓSTICO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS DO BAIRRO SANTA BÁRBARA/CRICIÚMA/SC – AÇÕES DO PET-SAÚDE CRICIÚMA LINHA 05

Luana Moraes

Acadêmica do curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Paula Rosane Vieira Guimarães

Mestre. Docente do Curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Rita Suselaine Vieira Ribeiro

Mestre. Docente do Curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Luciane Ceretta

Mestre. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Marco Antonio da Silva

Mestre. Docente do Curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense. mar@unescc.net

RESUMO

Os objetivos do estudo foram reconhecer a situação da obesidade infantil em crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes à Unidade de Estratégia em Saúde da Família do bairro Santa Barbara de Criciúma. Metodologia: Caracterizou-se como ação extensionista e pesquisa quantitativa desenvolvida junto a equipes de ESF, escolas e CEIs municipais para diagnosticar o estado nutricional das crianças menores de 10 anos. Foram coletados dados de peso e estatura para classificação do estado nutricional pelo indicador Índice de Massa Corporal por idade (IMC/I), conforme proposta da OMS. Resultados e Discussão: O total de crianças menores de 10 anos avaliadas foi de 189. Crianças com menos de 5 anos corresponderam a 55,0% (104), e de 5 a 10 anos de idade a 45,0% (85). A avaliação do estado nutricional foi realizada pelo cálculo do IMC para idade, encontrando-se nenhum caso para magreza acentuada, para magreza 0,5% (1), 76,2% (144) eutróficos, 11,6% (22) risco de sobrepeso/sobrepeso, 9,0% (17) sobrepeso /obesidade, 2,6% (5) obesidade grave. Quando somados risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade/grave encontram-se 23,28% (44). Conclusão: Os dados apontam elevada prevalência de sobrepeso e obesidade. Sugerem intervenção de promoção e estímulo a uma alimentação saudável, bem como medidas preventivas de educação nutricional. A ação possibilitou a interdisciplinaridade no processo de aprendizagem.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Saúde; Alimentação.

ABSTRACT

The study objectives were to recognize the situation of childhood obesity in children 0-10 years of age belonging to the Strategy Unit in Family Health in the neighborhood of Santa Barbara Crickhowell. Devise strategies that can promote healthy lifestyle both in Primary Health Care, and in school and family, as well as the relationship between theory and practice and disciplinary action allowing the integration of local health staff, academics, teachers and school community were also part of the objectives of this work. Methods: We characterized the action as

extension and quantitative research conducted at the ESF teams, schools and local IRBs to diagnose the nutritional status of children under 10 years. We collected data on weight and height to determine the nutritional status indicator for body mass index for age (BMI / A), as proposed by the WHO were applied for descriptive statistics. Results and Discussion: Total children under 10 years assessed was 189. Children under 5 years accounted for 55.0% (104), and 5 to 10 years of age to 45.0% (85). The assessment of nutritional status was performed by calculating the BMI for age, being no case for sharp thinness, leanness to 0.5% (1), 76.2% (144) eutrophic, 11.6% (22) risk of overweight / overweight, 9.0% (17) overweight / obesity, 2.6% (5) severe obesity. When added risk of overweight and obesity / severe are 23.28% (44). Conclusion: These data demonstrate high prevalence of overweight and obesity. Suggest interventions to promote and encourage healthy eating and nutrition education for preventive measures. The action enabled the interdisciplinarity in the learning process.

Keywords: Childhood Obesity; Health; Food.

INTRODUÇÃO

Nas décadas de 70 e 80 do século passado, as pressões sociais e o movimento sanitarista desencadeou discussões a cerca dos direitos civis frente a saúde pública, que culminaram na 8ª Conferencia Nacional de Saúde (1986), marco na história da saúde no país, que estabeleceu as bases de um sistema de saúde universal como direito básico da população brasileira, o SUS (Sistema Único de Saúde).

O SUS, mesmo garantido pela Constituição Brasileira de 1988, somente regulamentado em 1990, pela lei 8.080. É importante ressaltar que o SUS foi criado em bases democráticas, envolvendo representantes de diversas categorias e setores da sociedade, com grande participação de pensadores e docentes ligados às Universidades brasileiras.

Se a lei 8.080/90 definiu a organização e o funcionamento do SUS, em 1990, a Lei Orgânica 8.142 (1990) estabeleceu a participação da comunidade na gestão do SUS, dispondo também sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras disposições (BRASIL, 1990).

O SUS, em suas bases ideológicas, propõe a mudança do modelo biologicista e eminentemente curativo e centrado nas ações médico-hospitalares para um modelo de promoção da saúde e da prevenção de doenças, com

necessidade de ações inter e multiprofissionais e da inserção destes profissionais diretamente no ambiente das comunidades.

No entanto, mesmo com todos os avanços propostos pelo SUS, havia a necessidade de ações mais efetivas centradas na estratégia de atender a saúde na sua origem, ou seja, no ambiente de vida da população: favelas, comunidades em geral, locais aonde os profissionais de saúde nem sempre se faziam presente. Assim, em 1994 surge o Programa Saúde da Família (atual Estratégia em Saúde da Família) visando a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais no nível de assistência primária, na promoção da saúde, prevenção de doenças e na reabilitação (CFN, 2008).

O SUS e o PNAN

Do ponto de vista da Alimentação e Nutrição, de acordo com Lei 8.080/90, em seu Art. 16, inciso I compete à direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição. A mesma lei estabelece que os estados e municípios devem executar ações e serviços de alimentação e nutrição no âmbito da saúde pública.

Após avanços e retrocessos nas políticas de alimentação no país, em 1999 é estabelecida a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) como parte da Política Nacional de Saúde. Os pressupostos básicos da PNAN incluem a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (PNAN, 2010).

Um referencial que marca o PNAN é sua relação direta com os conceitos de Segurança Alimentar, ou seja, o direito de todos à alimentação saudável como dever do Estado (MS, 2006).

A vida escolar é parte fundamental do cenário da Segurança Alimentar. A escola desempenha papel fundamental na formação dos hábitos alimentares da criança, bem como do seu estado nutricional, que irá repercutir na vida e nas condições de saúde do futuro adulto. Neste contexto, de acordo com o PNAN, a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a

proteção da saúde, possibilitando a ação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (PNAN - Brasil, 2003).

A Obesidade Infantil

É consenso nos países ocidentais que a obesidade infantil tornou-se um problema de saúde pública e vem aumentando de forma significativa. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a prevalência de obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos países europeus nos últimos.

No Brasil, a obesidade está presente em todas as faixas etárias e classes econômicas. A falta de espaços seguros para lazer, com o conseqüente aumento de tempo em frente a televisão e computadores, associados ao aumento do consumo (e da oferta) de alimentos ricos em calorias e pobres em fibra, torna o prognóstico da obesidade da população infantil brasileira uma preocupação crescente de profissionais que trabalham com a criança.

A obesidade infantil, por sua vez, está diretamente relacionada à doenças crônicas do adulto, incluindo diabetes, hipertensão, osteoporose e alguns tipos de câncer, sem contar as questões psicossociais envolvidas.

Neste sentido, a prevenção da obesidade torna-se uma estratégia necessária para minimizar os agravos e os gastos decorrentes.

O Pet-saúde e a Educação

As instituições de ensino superior, através do ensino, da pesquisa e da extensão, têm um papel fundamental como catalisadora de mudanças sociais, uma vez que são agentes preponderantes do processo educativo e de formação discente e podem efetivamente estimular as mudanças necessárias, com ênfase na formação baseada na interdisciplinaridade e na integralidade, possibilitando a geração de profissionais éticos, críticos e comprometidos com práticas mais humanísticas.

Além disso, espera-se também que este profissional tenha um olhar abrangente frente às múltiplas dimensionalidades do ser humano, e que esteja apto a atuar na saúde dentro dos eixos norteadores do SUS.

A práxis deve ser construída mediante interação entre o refletir e o atuar, realizada em condições concretas, constituindo-se em ato social. A práxis, dentro do

contexto do ensino-aprendizagem deve proporcionar ações diretas, estimulando os acadêmicos a se tornarem ativos, partícipes da elaboração de seu próprio saber e comprometidos com um mundo melhor.

Assim insere-se o PET-SAÚDE CRICIÚMA, programa do Ministério da saúde em parceria com a Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC e a Prefeitura Municipal de Criciúma, onde acadêmicos e docentes dos cursos da área da saúde da UNESC e profissionais da saúde, particularmente aqueles envolvidos na Estratégia em Saúde da Família, compartilham experiências, e planejam e executam ações dentro das premissas do SUS, fortalecendo a formação acadêmica e beneficiando a população atendida.

Dentro da proposta de segurança alimentar, da prevenção e de tratamento da obesidade infantil (a criança, mas também seus familiares), na área de abrangência do PET-SAÚDE, destaca-se o objetivo levar o acadêmico a ser capaz de:

- ✓ Articular a teoria e a prática no sentido de consolidar a aprendizagem nas áreas de conhecimentos pertinentes;
- ✓ Participar da equipe multiprofissional, incluindo equipe SF, acadêmicos de diferentes formações profissionais e docentes em ações integradas;
- ✓ Reconhecer, consolidar, analisar e avaliar dados de Vigilância Alimentar e Nutricional, coletados em nível local, propondo ações de resolutividade, para situações de risco nutricional na população atendida;
- ✓ Promover ações de educação alimentar e nutricional;
- ✓ Identificar grupos populacionais de risco nutricional para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visando o planejamento de ações específicas;
- ✓ Avaliar o impacto das ações de alimentação e nutrição na população assistida;
- ✓ Realizar visitas domiciliares identificando portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, promovendo o atendimento nutricional adequado;
- ✓ Identificar portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, para o atendimento nutricional adequado;

- ✓ Identificar portadores de doenças crônicas não transmissíveis, para o atendimento nutricional adequado;
- ✓ Prestar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio, elaborando o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos.
- ✓ Identificar, encaminhar para a notificação e investigação os casos de desnutrição grave, bem como fazer os aconselhamentos pertinentes;
- ✓ Implementar as políticas públicas de alimentação e nutrição.

Breve contextualização das atividades desenvolvidas

O eixo Norteador do PET-SAÚDE CRICIÚMA, denominado PET-SAÚDE III por ser o terceiro ano de sua execução, são as “Tecnologias para a Integralidade do Cuidado em Saúde na Estratégia Saúde da Família: consolidando o processo de ressignificação das práticas em saúde já iniciado pelas etapas anteriores do PET Saúde, e com isso promover a qualidade dos serviços oferecidos”. Dentro das linhas de ação propostas está a “prevenção da obesidade infantil e promoção da alimentação saudável como possibilidade para a integralidade do cuidado em saúde na ESF”, que tem como objetivo principal reconhecer a situação da obesidade infantil em crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes a área de abrangência das Unidades de Saúde propostas, e buscar estratégias que possam promover estilos de vida saudável, tanto nos cuidados de saúde primários, quanto no meio escolar e familiar.

As atividades desenvolvidas pela equipe da Linha 05 inserida nas Unidades de Saúde da Família dos Bairros Santa Barbara, Brasília, Vila Belmiro e São Simão, no primeiro momento se configuraram na aproximação dos acadêmicos e preceptores com a realidade das comunidades em questão. A parceria com as Unidades de Saúde, ESF e instituições de ensino nas respectivas áreas de abrangência facilitou o acesso ao público alvo (crianças entre 0 e 10 anos de idade) e a visualização de questões ligadas à segurança alimentar (comércio de alimentos locais, distribuição de cestas alimentares, número de inscritos em programas de alimentação e nutrição, etc.).

Com as informações deste primeiro contato com a população alvo, a equipe Linha 05 elaborou as estratégias que permitissem atingir o público almejado

de forma mais rápida e abrangente, contemplando os objetivos da linha 05. O plano de ação consistiu de:

- Obter informações precisas do número de crianças entre 0 e 10 anos residentes nas áreas de abrangência do PET SAÚDE Linha 05, a partir das Unidades de Saúde, ESF e das instituições de ensino locais.
- Definir o público alvo. Os dados preliminares mostraram que a maioria das crianças na faixa etária proposta estudavam em escolas municipais locais. A partir destas informações, a Equipe Linha 05 definiu como população a ser investigada todas as crianças entre 0 e 10 anos de idade residentes nos bairros São Simão, Santa Bárbara, Vila Belmiro e Brasília que estivessem matriculadas na rede de ensino municipal.
- Escolha das estratégias de ação. Para atingir os objetivos propostos, as estratégias elencadas pela Equipe Linha 05 foram:
 - ✓ Diagnóstico nutricional da população alvo, ações de educação nutrição em feiras e eventos e nas instituições de ensino locais (teatro infantil, atividades lúdicas, entrega e explicação de material de orientação nutricional), elaboração de material informativo sobre alimentação e vida saudável, investigação do comportamento alimentar das crianças em risco nutricional, intervenção clínico nutricional às crianças em risco nutricional e orientações específicas aos respectivos familiares (visitas domiciliares).
 - ✓ Como instrumento investigativo e para inserção plena dos acadêmicos participantes nas Unidades de Saúde optou-se pelo cadastramento da população investigada no SISVAN, a partir de coleta de dados e respectivo preenchimento do formulário SISVAN WEB e do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para as crianças menores e maiores de 05 anos, todos validados pelo MS (Anexos 1 e 3).

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) constituiu o instrumento adotado para a avaliação nutricional de crianças com idades entre 0 e 10 anos, moradoras dos bairros de abrangência do PET SAÚDE linha 05.

O SISVAN corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Estas informações irão fornecer a base

para decisões a serem tomadas pela equipe PET SAÚDE Linha 05 visando o diagnóstico e a melhoria das condições nutricionais da população avaliada.

O SISVAN disponibiliza um sistema de informações nutricionais instalado em praticamente todos os municípios brasileiros. Trata-se de uma ferramenta informatizada, desenvolvida pelo DATASUS, que apresenta a possibilidade de registro de informações para monitoramento do estado nutricional da população atendida, alimentado principalmente por profissionais da Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Neste artigo são apresentados os resultados preliminares do diagnóstico nutricional da área de abrangência da unidade SF Santa Bárbara, localizada no município de Criciúma, SC.

Objetivos

Objetivo geral: Identificar o percentual de crianças com sobrepeso e obesidade na área de abrangência da unidade SF do bairro Santa Bárbara, município de Criciúma, SC.

Objetivos específicos:

- Reconhecer a situação da obesidade infantil no cenário da Unidade SF.
- Identificar o percentual de crianças com sobrepeso e obesidade (0 a 10 anos de idade).
- Cadastrar as crianças avaliadas no SISVAN.

METODOLOGIA

Pesquisa de temporalidade transversal, com abordagem quantitativa e amostragem não probabilística desenvolvida pela equipe PET-SAÚDE CRICIÚMA, Linha 05, abrangendo escolas e creches na área de abrangência da Unidades SF Santa Bárbara.

A população avaliada foram 189 crianças de ambos os sexos, entre 0 e 10 anos de idade, matriculadas em instituições de ensino da rede pública municipal, residentes nas áreas de abrangência da unidade.

Para avaliação do estado nutricional e cadastro no SISVAN foram coletados dados de peso, estatura/comprimento, idade, sexo e informações referentes à identificação e de saúde das famílias das crianças avaliadas, utilizando-se o formulário do SISVAN WEB (BRASIL, 2010). Para classificação do estado nutricional, adotaram-se os critérios preconizados pela OMS (WHO, 2006, 2007), conforme tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional pelo IMC de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS.

PONTOS DE CORTE	DIAGNÓSTICO
< Percentil 3	Baixo IMC para Idade
≤ Percentil 3 e < Percentil 85	IMC Eutrófico
≤ Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
≥ Percentil 97	Obesidade

Como parte das ações proposta pelo PET-SAÚDE CRICIÚMA linha 05 as crianças com diagnóstico de risco nutricional (sobrepeso/obesidade) foram encaminhadas para as ações de orientação nutricional ou atendimento clínico nutricional especializado, realizados nas visitas domiciliares ou nas dependências do ambulatório de Nutrição da UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foram avaliadas e cadastradas no SISVAN 189 crianças matriculadas na rede de ensino municipal do Bairro Santa Bárbara. Na distribuição por sexo, 97 (51,33%) das crianças eram do sexo masculino e 92 (48,67%) do sexo feminino. Quanto à idade, esta variou de 9 meses a 8,4 anos, com média de 4,61 (*Dp* 2,09) e mediana de 4,8 anos. Quando classificadas quanto à inserção escolar em relação à faixa etária, 104 (55%) crianças estavam em período pré-escolar (com idade até 05 anos) e 85 (45%) eram escolares (idade acima de 05 anos).

A avaliação do estado nutricional identificou elevada prevalência de sobrepeso/obesidade nas crianças avaliadas, além de uma discreta presença de baixo peso (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação do Estado Nutricional da população avaliada. Bairro Santa Bárbara, Criciúma, SC. Setembro de 2011.

Variável	Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco de Sobrepeso*/Sobrepeso**	Sobrepeso*/Obesidade**	Obesidade*/Obesidade Grave**
	0			22	17	5
Santa Bárbara (n=189)	0,0%	0,5%	76,2%	11,6%	9,0%	2,6%

Os resultados da avaliação do estado nutricional mostram uma prevalência média em torno de 23,2% de risco nutricional relacionado ao sobrepeso/obesidade em toda a população avaliada, sendo que 11,6% apresentaram obesidade. Somente uma criança apresentou baixo peso em relação ao IMC.

Segundos dados do IBGE, referente a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009 (amostra de 55.970 domicílios entrevistados), no Brasil há uma marcada tendência apontando na direção de índices de excesso de peso nas crianças brasileiras. Segundo os dados apresentados, cerca 33,4% das crianças entre 05 e 09 anos de idade apresenta-se com sobrepeso, e 14,2% com obesidade (incluídos no sobrepeso). A evolução dos pesos medianos das crianças brasileiras sugere especial atenção para o comportamento alimentar desta faixa etária (IBGE, 2010).

Mesmo com os dados da distribuição de crianças com sobrepeso/obesidade, na presente pesquisa serem inferiores ao da POF os resultados são preocupantes. A obesidade na infância, que se prolonga para a vida adulta, é considerada um grave fator de risco, associada a doenças crônicas como artrites, câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, problemas gastrointestinais e respiratórios, implicando em menor expectativa de vida e maiores gastos públicos com saúde.

O total de crianças em risco nutricional foi expressivo: 22 crianças com sobrepeso e 5 com obesidade, incluindo 5 com obesidade grave. Para compreensão dos hábitos alimentares dessas crianças, visando as intervenções clínicas e orientações/acompanhamento nutricionais pertinentes, está sendo aplicado o “Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar”, conforme metodologia proposta. Ressalta-se aqui, que, o elevado número de crianças em

risco nutricional e a dificuldade de conciliar a disponibilidade de horários dos responsáveis/familiares das crianças com os horários do atendimento/orientação nutricional e das visitas domiciliares, em se tratando de menores, tornou esta ação morosa e ainda em andamento.

O PET-SAÚDE tem permitido que acadêmicos da área da saúde vivenciem o SUS, compartilhando a experiência de docentes altamente qualificados e de profissionais inseridos no Sistema Municipal de Saúde, promovendo a integração do ensino, pesquisa e extensão no cenário de comunidades atendidas por Equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de novembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Cadastro Sisvan Web**. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral Da Política De Alimentação E Nutrição. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/formulario_cadastro.pdf. Acessado em 14 de julho de 2010.

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. CFN. Brasília, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisas de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos do Brasil. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2010.

MS – Ministério da saúde. Portaria 648 de 30 de março de 1999. Política nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília. DF, 2006.

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos. Comissão intersectorial de alimentação e nutrição – CIAN. Brasília, 2010.

World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

World Health Organization. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85: 660-667.

DIAGNÓSTICO DE VIDA E SAÚDE DA COMUNIDADE DO BAIRRO BRASÍLIA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DA COMUNIDADE SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Gladys Moraes de Carvalho

Precetora PET Saúde da Família Criciúma – SC – gladysmoraes@engeplus.com.br

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenadora do PET Saúde da Família Criciúma – SC – luk@unesc.net

Mariana Bitencourt

Acadêmica bolsista do PET Saúde da Família Criciúma – farmácia@unesc.net

Otaviana Martinelo

Acadêmica bolsista do PET Saúde da Família Criciúma – farmácia@unesc.net

Renan Antônio Ceretta

Tutor do PET Saúde da Família Criciúma – rce@unesc.net

RESUMO

O presente artigo faz parte do diagnóstico de saúde e de vida realizado no Bairro Brasília em Criciúma Santa Catarina, no período de agosto a dezembro de 2009, que teve como objetivo conhecer os aspectos socio-econômicos e cultural, bem como conhecer o caminhar do usuário dentro do sistema de saúde e sua percepção do funcionamento do SUS. Traz ainda a intenção de conhecer as concepções de saúde e de doença dos distintos atores que participaram do processo, quais sejam: usuários e trabalhadores de saúde. O estudo faz parte do Projeto Programa de Educação para o Trabalho - PET Saúde do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC e Prefeitura Municipal de Criciúma – Secretaria do Sistema de Saúde e contou com a participação de acadêmicos do Curso de Farmácia buscando desenvolver no aluno/profissionais de saúde/controlar social o espírito crítico e reflexivos acerca da integralidade da atenção a saúde, apontando o diagnóstico de vida e saúde da comunidade como ferramenta importante para atingir tal objetivo.

Palavras-chave: Diagnóstico de Saúde da Comunidade; Integralidade em Saúde; Processo Saúde e Doença.

ABSTRACT

The present article is part of the diagnosis of health and life held in Brasilia in Crickhowell District Santa Catarina, in the period from August to December 2009, which aimed to understand the socio-economic and cultural as well as meet the user's walking within the health system and its operation percepção SUS. Bring also intends to meet the conceptions of health and disease of the various actors who participated in the process, namely: users and health workers. The study is part of Project Education Program for Work - PET Health Ministry of Health in partnership with the University of Santa Catarina Far South - UNESCO and the Municipality of Crickhowell - Secretary of the Health System and with the participation of academics

Course Pharmacy seeking to develop in the student / health professional / social control a critical and reflective about the whole health care, pointing to the diagnosis of life and health of the community as an important tool to achieve that goal.

Keywords: Diagnosis of Community Health; Comprehensive Health; Health and Illness.

INTRODUÇÃO

O presente estudo desenvolveu-se na ESF do Bairro Brasília, implantada em 1994 no período do advento do PSF no Brasil, tendo sido portanto, uma das primeiras Unidades de Saúde a receber o então programa. Apresenta uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e uma auxiliar de atendimento odontológico.

Salienta-se que a reorganização das práticas em saúde, iniciada em 1994 pelo Ministério da Saúde, vem propondo um modelo alternativo de assistência, expresso na Lei Orgânica da Saúde, e cuja execução representa um grande avanço político, social e jurídico. Ao modelo até então hegemônico, orientado para a cura das enfermidades e a hospitalização, propõe-se a estratégia de saúde da família. O marco teórico desta proposta localiza-se na assistência focada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social; mecanismo capaz de possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (Santos et al, 2004)

O diagnóstico de vida e saúde da comunidade é um dos mais importantes instrumentos para este processo de reorganização das práticas em saúde, na medida em que fornece a análise real da situação de saúde por onde também pode-se planejar ações adequadas para responder as necessidades da população, tornando-se assim etapa imprescindível do processo de trabalho em saúde da família.

A realização do diagnóstico de vida e saúde da comunidade implicada em conhecer a compreensão de saúde e de doença que esta comunidade possui.

A compreensão acerca do processo saúde e doença, e sobretudo da saúde de um povo tem sido associada a diversos fatores e tem sido explicada por diferentes concepções, algumas que associam saúde a ausência de doenças, e

outras como um modo do indivíduo se entender com o ambiente em que vive. A definição oficial sobre saúde, proveniente da Organização Mundial da Saúde - OMS (1948) a apresenta como “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças” . Muitos autores tem considerado esta definição da OMS um tanto quanto utópica, pois por este conceito as pessoas em geral seriam consideradas doentes.

Para entendermos o processo saúde-doença torna-se fundamental conhecer o meio em que vive a população e o modo como se relaciona com o mundo, que define seu modo de viver. É necessário conhecer o andar desta população em direção a vida, a saúde, a doença e o cuidado, para qual compreender o que pensa esta população sobre saúde e doença se torna importante. Reconhecer a influência étnica, cultural e religiosa na formação do conceito de saúde e doença desta população é também um fator fundamental, sobretudo compreender que as condições socioeconômicas determinam as condições de saúde e doença.

A idéia de saúde e de doença encontra-se muito próxima do que cada um considera “sentir-se bem”, variando de pessoa para pessoa, dependendo do meio em que está inserida, seu modo de viver e relacionar-se com o mundo, num dado momento histórico. Assim, um conceito de saúde e doença abrangente inclui, necessariamente, o caráter subjetivo, que lhe é indissociável, a idéia da singularidade de cada pessoa em dar respostas às agressões do meio a que está exposta. (Oshiro et al, 2007)

Importante salientar que os fatores determinantes da saúde e da doença são discutidos e analisados desde a Grécia antiga, quando o estudo da saúde era dirigido aos “ares, águas e lugares” e não ao cuidado. Na Europa do século XVIII a doença era considerada como resultado das condições em que viviam os aglomerados humanos e que as responsabilidades eram dos governos, que somente com educação, prosperidade e liberdade, ou seja, através de uma plena democracia se alcançaria a saúde para todos. Outra prática era realizada pelos fiscais ou guardas que eram responsáveis pela queima dos objetos pessoais dos doentes até ao isolamento dos mesmos.

O advento do pensamento microbiano teve forte impacto sobre a concepção de saúde e de doença na medida em que conferiu à doença uma causa visível, o micróbio, sendo este desvendado pelo microscópio.

Assim, a explicação da doença, já tinha um agente, um lugar para se instalar e medidas para controlar e evitar seus efeitos, porém estas já não acompanhavam e davam respostas às necessidades das populações que cada vez mais rapidamente mudavam seu modo de vida e organizavam-se em grandes aglomerados humanos. Assim novas teorias surgiam onde se tentava explicar que as condições de saúde destas populações estavam diretamente relacionadas ao seu modo de vida, trabalho e acesso aos serviços públicos de saneamento e habitação.

A concepção ampliada de saúde e a compreensão de que as ações de outros setores têm efeitos sobre a saúde individual e coletiva possibilitaram o surgimento de outras perspectivas de promoção e de cuidado à saúde, por meio da atuação para mudar positivamente os elementos considerados determinantes do processo saúde-doença. (Oshiro et al, 2007)

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e equânime, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção e a participação e o controle social. (Id ibid)

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n.º 8.080) definiu no Artigo 3.º que: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços *essenciais*. (BRASIL, 1990)

Atualmente vive-se a descoberta dos fatores internos que causam a doença, nas células, onde há uma invasão crescente de tecnologias para diagnosticar e tratar a doença, criando-se assim a indústria da saúde.

A compreensão do conceito de saúde e doença está intrinsecamente ligada ao sujeito que o explica, pois é o lugar que ocupa que gera seu pensar e seu modo de produzir saúde e doença.

O município de Criciúma, Santa Catarina está situado a 200 km da capital Florianópolis com uma população de 190 mil habitantes. É pólo de referência em Saúde para a macro região sul do estado em serviços de média e alta complexidade e está habilitado conforme a NOB/SUS/01 – 1996 em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme portaria n.º.2801 de 14 maio de 1998, sendo que pela nova portaria do Ministério da Saúde está habilitado no pacto de gestão de 2009. Foi

pioneiro na implantação do Programa Saúde da Família em 1994, atual Estratégia Saúde da Família. O sistema de saúde local é formado atualmente por 41 unidades básicas de saúde, sendo que em 27 unidades está implantada a Estratégia Saúde da Família, outras 11 unidades são de referência, 2 Pronto Atendimento, 1 Hospital Infantil e SAMU – Serviço Médico de Urgência. Há ainda três Centros de Atenção Psico-social para o atendimento a sofredores psíquicos adultos e crianças e também dependentes químicos.

Com base neste cenário o estudo foi desenvolvido buscando identificar as concepções de saúde e de doença dos atores sociais envolvidos tais como usuários e trabalhadores de saúde, além de mediar uma discussão com as lideranças comunitárias do bairro.

METODOLOGIA

Pesquisa quali-quantitativa do tipo descritiva, desenvolvida no Bairro Brasília, localizado em Criciúma – SC, buscando identificar a percepção dos moradores e trabalhadores de saúde que atuam na Unidade de Saúde da Família do bairro acerca do processo saúde e doença. Os sujeitos do estudo foram 238 usuários e 10 trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevista semi-estruturada aplicada pelos pesquisadores nos domicílios dos moradores. O bairro Brasília apresenta 2.431 moradores distribuídos em 590 famílias. Como critérios de inclusão para a pesquisa considerou-se indivíduos maiores de 18 anos de idade, ambos os sexos, residentes no bairro Brasília, que apresentassem condições cognitivas para responder aos questionamentos e consentissem em participar das entrevistas por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a seleção da amostra adotou-se Barbetta (2001), totalizando 238 famílias. A seleção dos moradores foi efetuada pesquisando-se uma residência a cada três, considerando sempre um morador por residência. Foram ainda entrevistados dez profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Cirurgião Dentista e Técnico em Higiene Dental e Higienista.

Realizou-se também uma roda de discussões com as lideranças do bairro de onde se extraiu categorias temáticas acerca da compreensão dos mesmos sobre saúde e doença.

A análise dos dados foi efetuada por meio de análise temática para a pesquisa qualitativa e análise estatística por meio do microsoft excel para os dados quantitativos.

O Projeto de Pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense pelo número....., sendo elaborado com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A História do Bairro Brasília – Criciúma – SC

O bairro Brasília surgiu há cerca de 50 anos com a transferência dos mineiros da Mineração Próspera que residiam em casas da carbonífera próximas ao trilho, hoje Avenida Centenário. Como a Carbonífera necessitava dos terrenos, propôs aos mineiros a venda de terrenos a 1 km de distância, a preço acessível e doou as casas em que residiam, assim iniciou o Bairro Brasília. Os primeiros moradores eram descendentes de italianos, polacos e portugueses, sendo as primeiras famílias: Dajori, Mafioleti, Pizzeti, Pacheco, Daré e Conceição. Não tinha nenhuma infra estrutura, a água para consumo tinha que ser pega no atual Bairro Argentina a uma distância de 03 km.

O Bairro não tem indústrias, apenas pequenos comércios, lojas, bares, padaria.

Atualmente tem boa infra-estrutura com ruas na maioria asfaltada, com água tratada e coleta de lixo regular. Quanto a segurança seus moradores não contam com segurança pública no bairro, apesar de ter uma Delegacia, cada morador se protege através de murros, alarmes, presença de cachorro e alguns contratam segurança particular para as ruas (guarda noturno).

São fontes poluidoras: esgoto que desemboca direto no rio, lixo jogado em um terreno baldio e uma família tem depósito de lixo reciclável.

São áreas de risco: duas áreas verdes invadidas com cerca de 900 moradores

Os líderes comunitários referem que na Unidade de Saúde tem serviços de vacinação, enfermagem, médico, dentista, coleta de preventivo do colo do útero e medicação. Quanto à estrutura física da Unidade houve uma melhora significativa,

pois de início foi adaptado dentro do Centro Comunitário, onde também funcionava um bar com cancha de bocha, clube de mães o que interferia nos atendimento devido ao barulho excessivo. Hoje a Unidade fica anexa ao Centro Comunitário as salas existentes são adequadas, porém falta uma sala para reuniões onde os ACS também poderiam utilizar uma para esterilização de material, copa, sanitário para funcionários e sala para dispensação de medicação.

O bairro tem uma diversidade religiosa onde não há predomínio de uma religião. Religiões seguidas Assembléia de Deus, Quadrangular, Testemunha de Jeová, Chamada Divina e Luterana.

Como área de lazer coletiva os moradores contam com 02 campos de futebol, clube de mães, grupo de capoeira e ginástica ligado a Igreja.

Compreensão sobre saúde e doença dos moradores/profissionais de saúde e líderes comunitários

Moradores

Quadro 1 - O Conceito de Saúde segundo os moradores do Bairro Brasília - 2010

Conceitos emergentes	Nº	%
Saúde como felicidade, alegria, lazer	22	9,24
Saúde como ausência de doença	32	13,44
Saúde como acesso aos bens essenciais para a vida: alimentação, transporte, lazer	49	20,58
Saúde como qualidade de vida	22	9,24
Saúde como bom atendimento no SUS	63	26,47
Saúde como condições de trabalho	32	13,44
Saúde como bem estar físico e mental	19	7,98
Total	238	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa

Constata-se por meio dos dados apresentados pelo quadro anterior que o conceito de saúde para os usuários moradores do Bairro Brasília está muito relacionado ao bom atendimento no serviço de Saúde (26,47) seguido pelo acesso as condições de vida (20,58). Esta é uma questão importante a ser discutida e que

merece reflexão pois para a população a doença patologia tem menor representação do que o serviço de saúde e as condições de vida, o que significa que esta população apresenta um conceito ampliado de saúde, para muito além da doença. Condições de trabalho e ausência de doença seguem-se como entendimentos referidos pelos participantes da pesquisa ambos com (13,44). Em último lugar no entendimento do grupo de entrevistados está o conceito oficial da OMS de saúde como bem estar bio psico social (7,98).

Quadro 2 - O Conceito de doença segundo os moradores do bairro Brasília - 2010

Conceitos emergentes	Nº	%
Doença como ausência de saúde	20	8,40
Doença como ter uma patologia instalada	17	7,14
Doença como falta de acesso aos bens essenciais para a vida: alimentação, transporte, lazer	63	26,47
Doença como excesso de trabalho e estresse	38	15,96
Doença como mau atendimento no serviço de saúde	49	20,58
Doença como falta de trabalho	32	13,44
Doença como estar acamado, doente, com dor e triste	19	7,98
Total	238	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa

A doença é entendida pelo grupo de entrevistados como falta de acesso aos bens essenciais para a vida (26,47) e mau atendimento no serviço de saúde (20,58) corroborando portanto, o conceito de saúde anteriormente definido. Importante notar neste quadro que surge com especial ênfase o excesso de trabalho e o estresse como responsáveis pela doença, refletindo portanto, o contexto ambiental, de vida e trabalho e os excessos praticados pelo homem como determinantes das doenças.

Lideranças Comunitárias

Através de uma roda de discussão com as lideranças do bairro discutiu-se sobre saúde e doença, o que resultou nas seguintes colocações sintetizadas. Estiveram presentes à roda de discussões 08 líderes comunitários sendo eles o

presidente do conselho de saúde do bairro; dois integrantes do conselho popular de saúde do bairro; um representante da Pastoral da Saúde; o presidente da associação de moradores do bairro; um representante do Grupo de Idosos do Bairro e um representante da Igreja católica do bairro.

A discussão foi mediada pelo preceptor PET Saúde e os quatro acadêmicos bolsistas e teve a duração de uma hora e meia. Inicialmente realizou-se uma dinâmica de integração entre os participantes, a seguir iniciou-se o diálogo a que denominamos de diálogo reflexivo e por fim, realizou-se novamente outra dinâmica de encerramento.

As discussões foram muito intensas e foi possível constatar que os líderes comunitários divergem entre si com relação ao conceito/entendimento de saúde e de doença, no entanto, o consideram como uma resultante das condições de vida da população. O conceito geral extraído desta roda de discussão permite associá-lo ao conceito de saúde proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde, distanciando-se, portanto do conceito da OMS.

Saúde é *“ter água tratada, boa alimentação, transporte nos momentos em que precisamos, lazer dentro do bairro, saneamento, trabalho porque ele é necessário para ser feliz, amigos, bons profissionais de saúde no posto do bairro que atendam bem a gente”*. (Grupo de líderes comunitários)

Assim como o conceito de saúde se refere as condições essenciais para a manutenção da vida incluindo o lazer, as condições de vida e trabalho dentre outras, o conceito de doença é, no entendimento do grupo de líderes comunitários a ausência destas condições que impedem o homem de ser feliz.

Doença é *“não cuidar da alma, não cuidar do corpo, não tomar medicação corretamente, não ter lazer, estar desempregado deixa as pessoas doentes, não ter alimentos faz com que as pessoas adoçam, gente de mau humor para atender as pessoas quando precisam do serviço de saúde, coisas que fazem com a gente não seja feliz”*. (Grupo de Líderes comunitários)

Profissionais de Saúde

Foram entrevistados 10 profissionais de saúde sendo 04 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Técnicos de Enfermagem, 1 Enfermeiro, 1 Médico, 1

Dentista, 1 Técnico em Higiene Dental que trabalham na ESF sobre seu entendimento acerca do processo saúde doença.

As entrevistas foram efetuadas pelos acadêmicos bolsistas na própria Unidade de Saúde mediante agendamento prévio. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente 15 minutos. Antes do início das entrevistas os participantes leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram, autorizando portanto a participação dos mesmos na pesquisa.

O Conceito de Saúde

Saúde como resultante de boas condições de vida

Saúde pra mim é ter qualidade de vida, na verdade é o bem viver, ter condições de melhorias para seus vizinhos, para a sociedade, poder ter lazer, poder comer bem, ter uma alimentação saudável, ter higiene tanto pessoal quanto no bairro ao seu redor. (E2)

Saúde pra mim é ter uma boa qualidade de vida, não necessariamente não ter uma doença, mas sentir bem interiormente, mentalmente e não só fisicamente, isso que para mim é ter saúde. (E7)

Saúde como o Completo Bem estar biopsicosocial

Saúde pra mim não é só o bem estar físico, mas também mental e social, eu acho que a pessoa tem que estar bem espiritualmente, estar bem físico, saúde então não só uma questão de estar bem físico, mas também mentalmente. (E3)

É o bem estar bio, psíquico, social. (E6)

A saúde é um estado de completo bem estar tanto bio quanto psico e social do indivíduo. (E8)

Saúde como um estado de bem estar consigo próprio

Saúde na minha opinião é uma pessoa que vive bem, estar de bem com a vida tanto fisicamente quando psicologicamente, porque não adianta estar bem fisicamente e não ter uma mente sadia, eu acredito que saúde seja isso, viver bem, estar de bem consigo mesma.(E1)

Saúde é estar de bem com a vida, estar bem comigo mesma. (E5)

Saúde como ausência de dor

Saúde é tu levantar de manhã e não estar sentindo dor, esse tipo de coisa assim, se sentir bem. (E9)

Saúde é não sentir dor, é estar bem consigo mesmo né. (E4)

Saúde pra mim quando a pessoa não tem queixas de nenhum tipo de dor, uma qualidade de vida, quando ela tem uma qualidade de vida boa, acho que é isso, é o bem estar. (E10)

A análise do conceito de saúde dos profissionais entrevistados permite constatar que dois conceitos gerais se sobressaem: o conceito oficial e o conceito de saúde como ausência de doença. Apenas 04 dentre dez trabalhadores de saúde traduziram a saúde relacionada as condições de vida (2) e ao estar bem consigo próprio (2). Constata-se, portanto que as definições oficiais sedimentam a fala destes trabalhadores e, possivelmente também suas ações.

Importante ainda salientar que em relação aos líderes comunitários e aos usuários do sistema de saúde do bairro, a compreensão de saúde da equipe de trabalhadores é mais biologicista e medicalizada a compreensão dos dois outros grupos. A equipe de profissionais de saúde incorporou os conceitos apreendidos na formação, tendo em vista que nos bancos universitários ainda trata-se do conceito oficial como aquele a ser incorporado, em que pese as tantas iniciativas diferenciadas de reversão.

O Conceito de Doença

Doença como desconforto, incapacidade, desequilíbrio e dor

Doença tanto também pode ser física quanto mental, eu acho que uma esta correlacionada com a outra, a pessoa às vezes ela não tem nenhum problema físico, mas ela pode ter vários problemas mentais ou psiquiátricos o que a torna a pessoa também doente. (E1)

Doença é estar incapaz de fazer as coisas e não estar bem. (E8)

Doença é não ter disponibilidade de fazer o que tu quer ou às vezes até o que tu não quer, mas não ter condições de se manter em pé, de trabalhar, de ter seus afazeres diários, rotineiros em ordem de manter suas coisas certinho. (E4)

A doença é algo que nos perturba, é algo que pra tua família em relação à saúde é algo que não faz se sentir bem, não necessariamente como a gente diz, ter uma gripe, ou um câncer, uma AIDS, isso não necessariamente é

uma doença, mas a gente pode não ter tudo isso e se sentir doente, isso assim pra mim também é uma doença. (E3)

Acho que quem tem doença se pensar que estar doente fica doente né, é levantar dói aqui dói ali você vai ficar doente o dia todo, não pode pensar só em doença. (E9)

A doença é estar com algum tipo de dor.(E7)

A doença é um estado de desconforto, e não necessariamente a presença de uma enfermidade.(E5)

Doença como resultante de condições de vida

Doença pra mim é não ter saúde, a pessoa que não se cuida, que não pratica uma atividade física, não tem uma boa alimentação, acho que isso é a causa de uma doença, uma patologia. (E2)

Doença como um estado de insatisfação

Doença é o contrario da saúde, é não estar bem, não estar contente com o corpo, com o físico, o psicológico não ajudar e ser uma pessoa depressiva, e não se ajudar. Eu acredito que doença nós que acabamos adquirindo em nós mesmos, nós mesmos acabamos ficando doente por pensar que ta doente. É um estado de insatisfação que deixa doente. (E6)

A análise das entrevistas permitiu a obtenção de três categorias: doença como Doença como desconforto, incapacidade, desequilíbrio e dor; doença como condições de vida e doença como um estado de insatisfação. De modo geral constata-se que a visão biologicista sobre o adoecimento é fortemente presente nas concepções dos entrevistados. (E10)

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o processo saúde doença é complexo, dinâmico e multidimensional, envolvendo aspectos, biológicos, sócio-culturais, ambientais, econômicos, enfim quando se pensa um promover a saúde de determinada população tem que ser ter a visão ampliada de saúde.

Os determinantes e condicionantes da saúde doença ultrapassam as ações e serviços específicos do setor saúde, a Constituição de 1988 já coloca o conceito ampliado de saúde. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), de 1990, definiu que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

Podemos entender saúde como a capacidade de cada indivíduo ou da coletividade de tolerar, reagir e compensar as agressões do meio em que vive.

Não podemos deixar de registrar a importância do saber científico sobre a saúde que dá sustentação ao saber técnico, que apreendemos na academia; porém devemos saber ouvir e reconhecer como verdadeiro e/ou importante o saber popular, pois somente quem sente e vive está capacitado a defini-lo. Cabe assim ao profissional da saúde ajudar o indivíduo ou a coletividade a organizar e a decifrar a situação vivencial. Um bom profissional deve ser um bom conhecedor e principalmente um bom tradutor.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Constituição da República Federativa (1988)**. 31.ed.atualizada até a EC n.39, de 19/12/2002. São Paulo: Saraiva, 2003 (Coleção Saraiva de Legislação).

_____. **Lei Orgânica da Saúde n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para funcionamento, promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-35.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000

PAIM, Jairnilson Silva. **Perspectiva do sistema público de saúde no Brasil**. RASPP – Rev.Assoc. Saúde Pública Piauí, 1(2): 120-132, Jul/Dez. 1998.

CASTELLANOS, Pedro L. **Sobre o Conceito de Saúde-doença. Descrição e Explicação da Situação de Saúde**, Texto extraído de **Boletim Epidemiológico**, Organização Pan-Americana de Saúde, v.10, n.4, p.25-32, 1990.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia, ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2):7-18, 1998

VELLOZO, V. R. O. ; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho reconstruído. In: BODSTEIN (Org.) **Serviços Locais de Saúde**: Construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.97-117.

OSHIRO, Julieta Hitomi et al. *Currículo módulo básico, unidade 3, saúde e sociedade*. São Paulo: Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde, CEFOR-ETSUS-SP, 2007.

SANTOS, M. H. A. V.; FIGUEIREDO, M. I. T.; BORGES, O.; SANTANA, Z. H.; MONEGO, E. T. - Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line* (www.proec.ufg.br)

DIAGNÓSTICO DE VIDA E SAÚDE DA COMUNIDADE VILA BELMIRO: O OLHAR DOS PROFESSORES E DIRETORES DE ESCOLAS

Mágada Tessmann Schwalm

Tutora do PET Saúde da Família Criciúma – SC – mts@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenadora do PET Saúde da Família Criciúma – SC – luk@unesc.net

Renan Antônio Ceretta

Tutor do PET Saúde da Família Criciúma – SC – rce@unesc.net

Hugo Schwalm

Mestre em Ciências Ambientais - UNESC - Criciúma – SC – hsc@unesc.net

RESUMO

Estudo qualitativo desenvolvido com 13 atores sociais (professores e diretor de escola) do Bairro Progresso de Criciúma/SC, com objetivo de desenvolver diagnóstico de vida e saúde da comunidade a partir da identificação da realidade da escola quanto ao número de alunos existentes e necessidades, qualidade e quantidade de salas de aulas e demais estruturas necessárias ao funcionamento. O tratamento dos dados ocorreu a partir da análise de conteúdo, dada em categorias. O estudo faz parte do Projeto PET Saúde da Unesc com o Ministério da Saúde e contou com a participação multidisciplinar da enfermagem, Nutrição, medicina e neste caso como convidados engenheiro agrimensor. Desta forma buscou-se o trabalho interdisciplinar com olhos na integralidade da saúde da comunidade.

Palavras-chave: Diagnóstico de Vida e Saúde, Professor e Diretores Escolares, Integralidade na Saúde.

ABSTRACT

Qualitative study developed with 13 social actors (professors and director of school) of the Quarter Progress of Criciúma/SC, with objective of develop diagnosis of life and health of the community from the identification of the reality of the school how much to the number of existing pupils and necessities, quality and necessary amount of classrooms and too much structures to the functioning. The treatment of the data occurred from analyzes of content, given in categories. The study it is part of Project PET Health of the Unesc with the Health department and counted on the participation to multidiscipline of the nursing, Nutrition, medicine and in this case as invited engineer surveyor. In such a way the work searched to interdisciplinar with eyes in the completeness of the health of the community.

Keywords: Diagnosis of Life and Health, Professor and Directors Pertaining to School, Completeness in the Health.

INTRODUÇÃO

Em 1986, por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, deu-se início ao SUS (Sistema Único de Saúde), através das reivindicações da população considerada em risco social e de alguns intelectuais da época, o que propiciou o movimento sanitário.

O conhecimento, a consciência sanitária e a organização do movimento sanitário constituem o triângulo da saúde coletiva, ou seja, o saber, a ideologia e a prática política são três das faces fundamentais de uma luta que se apresentou contra-hegemônica.

Dentre os princípios e diretrizes da reforma sanitária, destacam-se os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde; Saúde como um direito e dever de todos e dever do estado; Sistema único de saúde; Participação popular e constituição e ampliação do orçamento social (BRASIL, 2006).

O SUS propõe a mudança de um modelo de saúde biologicista, centrado na doença para um modelo humanizado, centrado na promoção e prevenção da saúde e caso tenha sido afetada, em sua recuperação.

O ser humano tem capacidade cognitiva diferente dos demais animais. Os animais denominados irracionais aprendem por repetição, o ser humano por sua capacidade de compreender, apreender o conteúdo estudado. Porém, para que possam apreender, há necessidade de que a estrutura onde buscam construir seu conhecimento seja compatível com a necessidade.

É na escola, no dito ensino formal que se inicia a construção do conhecimento científico. Todos chegam na escola com algum conhecimento, pois não há quem não saiba nada, mas também não há quem saiba tudo.

Para a continuidade deste processo de construção do SUS, que se faz em muitas mãos e não por algumas mãos, é necessário ouvir os professores e diretores da escola e identificar o conhecimento que estes têm acerca de seu espaço de trabalho e da forma de viver dos que compõem esta escola.

Este estudo então, discorre sob o diagnóstico de vida e saúde da comunidade Vila Belmiro (Bairro Progresso, Vila Belmiro e Jardim União) sob o ponto de vista dos professores e diretor da escola local.

Revisão Bibliográfica

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, que se constitui em um movimento político e sanitário que questiona o paradigma hegemônico da saúde curativista.

O crescimento desordenado da população fez com que o país deixasse de ser rural para tornar-se urbano. Esta predominância populacional urbana, associada à insatisfação com relação à política de saúde na época da ditadura militar, agravava a situação sanitária da população. Inicia-se a mudança em direção ao paradigma histórico-estrutural na saúde que buscasse uma relação entre a medicina e a estrutura social, entre Estado e Saúde.

O conhecimento, a consciência sanitária e a organização do movimento sanitária constituem o triedro da saúde coletiva, ou seja, o saber, a ideologia e a prática política são três das faces fundamentais de uma luta que se apresentou contra-hegemônica.

No início das décadas de 70 e 80, a população considerada em risco social, com o apoio de alguns intelectuais, reivindicam alterações nas políticas sociais. A partir desta mobilização social é deflagrada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que deu início ao tão sonhado SUS (Sistema Único de Saúde). Originalmente a proposta se desenvolveu de forma democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais que articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988, no capítulo VII da ordem social e na seção II referente à saúde define no artigo 196:

“A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(Constituição Brasileira)

Apesar do SUS ser definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Em 28 de dezembro de 1990, surge a segunda lei orgânica a 8.142

que 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 (BRASIL, 2006).

É de extrema importância que dentre os princípios e diretrizes da reforma sanitária, destacam-se os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde; Saúde como um direito e dever de todos e dever do estado; Sistema único de saúde; Participação popular e constituição e ampliação do orçamento social. (BRASIL, 2006)

O SUS então propõe a mudança do modelo de saúde biologicista, centrado na doença para um modelo humanizado, centrado na promoção e prevenção da saúde e caso tenha sido afetada, em sua recuperação. Desta forma, não haveria como manter a organização de saúde até então implantada e lança-se o “Programa de Saúde da Família”, agora denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF)”.

A ESF adotado pelo Ministério da Saúde, surgiu com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde a partir de novas bases, trabalhando com os princípios de territorialização, vínculo e integralidade na assistência, visando à inovação e reestruturação do modelo assistencial da atenção básica de saúde, buscando a formação de equipes multiprofissionais e estimulando a participação da comunidade. Sob este novo aspecto, os indivíduos passam a ser observados como membros pertencentes a uma família, grupo e comunidade, através de um foco mais amplo e holístico, tornando-se indispensável à vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade (RONCOLLETA et al, 2003).

Sob esta nova ótica, a atenção básica passa a existir e é definida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, segundo a portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

O ponto alto da proposta do SUS é a participação do controle social no sistema e na forma de gerenciamento da saúde. Assim, torna-se de extrema

relevância trabalhar de forma multidisciplinar com olhos na integralidade da saúde da comunidade avaliando a partir do ponto de vista dos de professores e diretores escolares como é a forma de viver (no ambiente escolar) da comunidade.

DESENVOLVIMENTO

Estudo qualitativo desenvolvido com treze atores sociais dentre os quais professores e diretores de escolas da Vila Belmiro na cidade de Criciúma/SC. O estudo faz parte do projeto PET Saúde do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada por acadêmicos bolsistas e voluntários dos cursos de Enfermagem, Nutrição e medicina coordenados pela preceptora do grupo, a partir de formulário previamente elaborado. O tratamento dos dados ocorreu a partir da análise de dados proposta por Minayo e Franco, onde há o agrupamento das frases por diferenças e similaridades.

Apresentação e análise dos dados

Foram entrevistados 13 pessoas atuantes na escola, dentre eles um diretor (a) e 12 docentes. Quanto à classificação da escola do Bairro Progresso, esta é Municipal. Disponibiliza 1.000 vagas. O quadro a seguir demonstra que professores atuantes na escola não conhecem o número de alunos da escola, pois em suas falas a ocupação variou de 320 alunos a 500 alunos. Quanto à lista de espera para vagas, dois responderam que não há lista de espera e 11 não sabiam se há ou não lista.

Tema 01: Disponibilidade do ensino básico

Quadro 1 - Disponibilidade do Ensino Básico

Nível	Número de vagas disponíveis	Número de vagas ocupadas	Não sabe
Educação Infantil	-	-	-
Educação Fundamental	1.000	500, 300, 320, 430, 340	8
Ensino Médio	-	-	-
Ensino Médio profissionalizante	-	-	-
Educação para jovens e adultos	-	-	-
Lista de espera para essas modalidades	Dois responderam não tem lista de espera e 11 não sabem		

Fonte: Dados do pesquisador

No que se referem à permanência do aluno na escola todos os atores sociais responderam que a permanência dos alunos na escola é no período matutino e vespertino respectivamente.

Quando questionados acerca da alimentação e quadro docentes, todos responderam que há oferta de alimentação durante o período do aluno na escola e que o quadro de docentes é suficiente para tender as demandas da comunidade e escola.

No que diz respeito à compatibilidade do quadro de docentes com as necessidades da escola e percentual de docentes que tem qualificação compatível com as necessidades da escola, todos os entrevistados responderam que o quadro de docentes é suficiente para atender as necessidades da escola e a seguir apresenta-se os percentuais citados quanto a qualificação destes docentes:

Tema 02: Compatibilidade do quadro de docentes com as necessidades da escola e Percentual de docentes que possuem qualificação compatível com as atividades da escola

Quadro 2 - Compatibilidade do quadro de docentes com as necessidades da escola e Percentual de docentes que possuem qualificação compatível com as atividades da escola

Percentual	Número de vezes
50%	1
90%	1
95%	1
100%	8
Não sabe	2

Fonte: Dados do pesquisador

Na avaliação de um docente e/ou diretor (a), apenas a metade dos docentes tem qualificação específica, para dois varia de 90 a 95% e oito entendem que todos têm qualificação específica. Dois dos entrevistados não souberam responder.

Considerando que mais de 30% dos entrevistados entendem que não há qualificação suficiente e/ou não sabem o nível de qualificação dos docentes, entende-se ser necessário educação permanente com os próprios professores oferecendo possibilidade de aprimoramento na construção do conhecimento contínuo.

No que diz respeito ao quadro de funcionários, mais de 40% dos entrevistados referem ser suficiente. Porém, quando se referem à orientação pedagógica e psicopedagogia são insuficientes, conforme mostra o quadro a seguir:

Tema 03: Funcionários (excluindo docentes) para atender as necessidades da escola

Quadro 3 - Funcionários na Escola

	Suficiente	Insuficiente
Quadro de funcionários	10	Orientadora Assistente pedagógica Psicóloga Orientadora Pedagógica

Fonte: Dados do pesquisador

O quadro a seguir demonstra informações contraditórias quanto a atuação de profissionais graduados na escola:

Tema 04: Profissionais graduados que atuam na escola nas suas áreas

Quadro 4 - Profissionais graduados que atuam na escola nas suas áreas

Profissional	Sim	Não
Pedagoga	12	1
Nutricionista	5	8
Psicólogo(a)	2	11
Dentista	2	11
Assistente Social	3	10
Enfermeiro (a)	1	12
Fisioterapeuta	0	13
Farmacêutico(a)	0	13
Outros:		
Orientadora Pedagógica	2	11
Bibliotecária	1	12

Fonte: Dados do pesquisador

Acredita-se que quando se referem aos profissionais da área de saúde presentes na escola, diz respeito aos profissionais atuantes na UBS que façam trabalho de educação em saúde (promoção e proteção) na escola e atendam os problemas na UBS, como por exemplo, atendimentos odontológicos, pequenos ferimentos, consultas, e assim por diante, uma vez que a escola se localiza próximo a UBS.

Quanto a infra-estrutura da escola, há diferença nas avaliações de docentes e diretores em todas as áreas, vejamos o quadro:

Tema 05: Infra-estrutura da escola

Quadro 5 - Infra-estrutura da escola

Local	Ótima	Satisfatória	Regular	Péssima
Biblioteca		4	8	1
Salas de aula		7	4	2
Cozinha		11	2	
Refeitório		9	2	2
Banheiro dos professores		10	3	
Banheiro dos alunos		4	5	4
Pátio	3	6	3	

Fonte: Dados do pesquisador

Na avaliação geral predomina: biblioteca, banheiros dos alunos são regular; salas de aula, cozinha, refeitório, banheiros dos professores e pátio são satisfatórias. Chama-se a atenção que muitos dos professores consideram o banheiro dos alunos péssimo.

O questionamento disse respeito às condições estruturais e de manutenção, o que inevitavelmente inclui a higiene local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qual a importância em identificarmos o diagnóstico de vida e saúde de uma comunidade a partir do olhar dos professores e diretores de escola.

Se partir-se do conceito engessado da Organização Mundial de Saúde de que saúde é “o bem estar físico, psíquico e mental”, a educação estará inclusa no conceito de saúde.

O ser humano tem capacidade cognitiva diferente dos demais animais. Os animais chamados irracionais aprendem por repetição, o ser humano por sua capacidade de abstrair-se e compreender, apreender o conteúdo estudado. Porém, para que possam apreender, há necessidade de que a estrutura onde buscam construir seu conhecimento seja compatível com a necessidade.

Não é incomum, verem-se escolas depredadas, sem cadeiras ou carteiras, com estrutura física incompatível com a necessidade, sem docentes

presentes ou com docentes presentes, porém com insuficiente qualificação ao “cargo” que exercem.

Há que sempre fazer resgate de valores com alunos, uma vez que para que sejam mantidas as estruturas oferecidas, todos precisam cuidar desta estrutura que não é ao mesmo tempo de ninguém e é de todos. Mais uma vez vem à tona a questão do respeito.

Segundo Boff (2006), o respeito supõe conhecer o outro e sua alteridade e perceber seus valores intrínsecos. Neste caso é preciso reconhecer o que é do outro e a necessidade da manutenção deste patrimônio para as futuras gerações.

De forma geral este estudo apresentou permanência de alunos no período matutino e vespertino com oferta de educação para adultos no noturno; alimentação e número de docentes suficientes à demanda comunitária; docentes qualificados e outros com necessidades de qualificação específica; falta de psicopedagogos e orientadores pedagógicos; equipe de saúde atuante na escola; estruturas físicas satisfatórias e outras regulares.

Sabe-se que para que o sujeito tenha autonomia é necessário conhecer as possibilidades para que possa tomar decisões. Na educação é preciso conhecer a realidade para que se possam traçar planejamentos estratégicos para resolução dos pontos a serem melhorados e manutenção dos que estão bons.

Acredita-se que há conhecimento parcial dos professores e diretor de escola sobre a situação real de seus pares. A dificuldade maior não está no reconhecimento da estrutura física, mas na qualificação dos parceiros.

Esta dificuldade pode ter relação com a rotatividade de professores devido a questões políticas partidárias uma vez que no último ano houveram eleições municipais e alguns professores foram remanejados para outras escolas, não tendo tempo hábil para conhecer a realidade atual.

REFERÊNCIAS

ALVES, VÂNIA SAMPAIO. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 39-52. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32832005000100004.

BOFF, LEONARDO. **Virtudes para um outro mundo possível**. Volume II: convivência, respeito & tolerância. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BORGES, MARIA APARECIDA SANTA FÉ E NASCIMENTO, MARIA ÂNGELA ALVES DO. **A enfermeira no processo de descentralização do sistema de saúde.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.6 [citado 2009-08-07], pp. 666-670 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672004000600006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Saúde Pública. **www.saude.gov.br** acesso em 12/10/09.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação Permanente entra na roda: Pólos de educação permanente em saúde:** Conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed, Brasília/DF, 2005, 36 p.

BRASIL. Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia da autonomia.** 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** Colaboração de Brigitta E.P.Castellanos. São Paulo: EPU, 1979.

LARA, ELLYS MARINA DE O; OGATA, MÁRCIA N.; MACHADO, MARIA LÚCIA T. **Estratégia de saúde da família para mudança do modelo de atenção à saúde: estudo das representações sociais de trabalhadores dos serviços de atenção à saúde especializada.** In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 16., 2008, São Carlos. **Anais de Eventos da UFSCar, v. 4, p. 352, 2008.**

MANCIA, JOEL ROLIM; CABRAL, LEILA CHAVES E KOERICH, MAGDA SANTOS. **Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.5 [citado 2009-08-07], pp. 605-610 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672004000500018.

OHARA, ELISABETE CALABUIG CHAPINA; SAITO, RAQUEL XAVIER DE SOUZA. **Saúde da Família:** Considerações Teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

RAMOS, DALTON LUIZ DE PAULA. **Bioética: pessoa e vida.** São caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2009.

RONCOLLETA, A. F. T. et al. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003.

SMELTZER E BRENDA G.BARE. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirurgica** Volume 1 10ª Edição Suzanne C. Editora Guanabara Koogan Rio de Janeiro, 2005.

VASCONCELOS, MARIA LÚCIA MARCONDES CARVALHO, DE BRITO, PERINA HELENA PIRES. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**. 2 edição, Editora Vozes, São Paulo, 2007.

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO TRABALHADOR: COMPREENSÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS E RESOLUÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA OCORRIDAS ENTRE 2001-2008

Daiane Tibola

Graduada em farmácia bioquímica, graduanda em direito, UNESC, LADSSC; daianetibola@hotmail.com

Júlio César Zavadil

Graduando em direito, UNESC, LADSSC; julio@bancarioscriciuma.com.br

Reginaldo de Souza Vieira

Doutorando, Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva
prof.reginaldovieira@gmail

RESUMO

Considerando a saúde dos trabalhadores como um direito fundamental, cabe ao Estado, através de políticas públicas, proporcionar a promoção, proteção e recuperação da mesma. Neste sentido, é imprescindível a participação da comunidade através de Conferências e Conselho de Saúde para sua efetivação.

Tema: Percepção do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, do ano de 2001 a 2008, sobre a saúde do trabalhador. **Objetivos:** análise da percepção de política pública sobre saúde do trabalhador frente o Conselho Municipal de Saúde de Criciúma no período 2001 a 2008. **Metodologia:** Houve primeiramente a análise qualitativa dos dados, tendo em vista a necessidade de um estudo aprofundado do tema a fim de propiciar maior compreensão do assunto em questão; elaborou-se um questionário destinado aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, a fim de avaliar como estão as suas percepções no que concernem as políticas públicas da saúde do trabalhador. Análise das atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, compreendidas entre 2001 a 2008, ao que concerne às políticas públicas frente à saúde do trabalhador. **Resultados e Conclusão:** Até o presente momento, obteve-se como resultado o conhecimento teórico quanto este tema após o estudo de diversas bibliografias pertinentes ao mesmo, além disso, pode-se inferir diante de um levantamento preliminar, que nesse período, a discussão sobre saúde do trabalhador diante do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma não foi muito efetiva, desse modo, o controle social colocado a disposição da sociedade não está sendo utilizado de modo eficaz.

Palavras-chave: Controle Social; Conselho Municipal de Saúde; Direito à Saúde; Direito Fundamental à Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Considering the health of workers as a fundamental right, the State, through public policy, provide for the promotion, protection and recovery from it. In this sense, it is essential to community involvement through conferences and Board of Health for their enforcement. **Theme:** Perception of the Municipal Health Council of Crickhowell, the years 2001 to 2008, about the health of the worker. **Objectives:** To analyze the perception of public policy on worker health before the Board of Health of Crickhowell

in the period from 2001 to 2008. **Methodology:** There was first a qualitative analysis of the data, taking into account the need for further research on the issue in order to provide greater understanding of the subject matter, we prepared a questionnaire for the directors of the Municipal Health Council of Crickhowell, in order to assess how their perceptions are in the public policies that affect worker health. Analysis of the minutes and resolutions of the Board of Health of Crickhowell, between 2001 to 2008, when it comes to public policies against the worker's health. **Results and Conclusion:** To date, was obtained as a result of theoretical knowledge about this issue after studying various bibliographies relating to it, moreover, it can be inferred from a preliminary survey on which this period, the discussion health worker in front of the Municipal Health Council of Crickhowell was not very effective, thus the social control placed the disposition rendered by The company is being used effectively.

Keywords: Social Control; Municipal Health Council; Health Law; the Fundamental Right to Health Worker.

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata de uma síntese trabalho de pesquisa, desenvolvido pelos autores durante o ano de 2009 e 2010 nesta instituição de ensino, insculpido na análise de atas e resoluções dos Conselho Municipal de Saúde de Criciúma do período de 2001 a 2008, com o fito de avaliar a sobre a participação popular na efetivação de políticas públicas referente à saúde do trabalhador.

Primeiramente, vale expor que a saúde do trabalhador remonta ao início da civilização, onde o trabalho com origem latina designava-se “tripaliu,” que significa tortura em função de instrumento formado por três (tri) paus (paliu), logo, trabalhar era sinônimo de tortura.

Nesse sentido, aqueles que dependiam da força física para sua sobrevivência e, os donos do poder utilizavam do instrumento acima elencado para disciplinar aqueles que não se enquadrassem no conceito da sociedade dominante.

A palavra trabalhar ou torturar foi durante a idade média uma extensão das atividades desenvolvidas por aqueles desprovidos de bens materiais que, necessitavam vender sua força física para sua sobrevivência e de seus familiares, assim, ficando com sua saúde física e mental adstrita às vontades dos detentores dos meios de produção.

Assim, por longos períodos da história, o trabalhador sedeu sua força de trabalho, por ínfima contraprestação pecuniária sem que lhe fosse assegurado o mínimo de segurança e resguardo de sua saúde e qualidade de vida no âmbito

laboral. Ficando, portanto, exposto a ambientes insalúbres, perigosos e degradantes.

É nesse contexto, que as doenças profissionais se inserem em cada período histórico, no qual há influência das forças políticas e econômicas que atuam naquele momento interligam-se com as mesmas. Diante disso, existia uma grande distância entre a saúde do trabalhador e a medicina, sendo totalmente desolados da proteção por toda a sociedade

A luta dos trabalhadores pela saúde, segurança, meio ambiente de trabalho saudável, fez com que os mesmos pudessem demonstrar que várias patologias que os acometem são decorrentes da atividade laboral, e devem ser analisada sob a égide da proteção do trabalhador.

Desse modo, durante a década de década de 80, ao mesmo tempo em que ocorria um processo gradual de distensão política, diversas iniciativas dos sindicatos ocorriam diante dos serviços de saúde, a fim de expor o tema saúde do trabalhador nas das discussões que estavam ocorrendo na reforma sanitária, especialmente em São Paulo, através dos Programas de Saúde do Trabalhador, e no Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, entre outros Estados.

Percebe-se, portanto, que o tema saúde do trabalhador vem sendo amplamente debatido pelos movimentos sociais, sendo este um dos direitos sociais amparado pela Carta Magna, inserindo-se como um dos direitos fundamentais. Nessa esteira, cabe ser resguardada pelo Estado, dando este, portanto, definir políticas públicas para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito fundamental à saúde está inserido no rol de políticas públicas essenciais para o ser humano, já que a mesma é primordial para o exercício de vários outros direitos. Mormente, porque constitui um pré-requisito para uma boa qualidade de vida, imprescindível para efetivação da dignidade da pessoa humana, princípio norteador do Estado Democrático de Direito.

Desta forma, considerando que a República Federativa do Brasil se alicerça no princípio acima disposto, a Constituição da República de 1988 deve ser interpretada de modo extensiva a fim de que os riscos inerentes à saúde do trabalhador devam ser diminuídos através de normas de saúde, higiene e segurança.

Nesse sentido, com fito de resguardar a política pública em saúde, a Lei nº. 8.142 de 1990 propiciou uma democratização em saúde, admitindo-se assim, a

participação da comunidade nas instâncias colegiada das Conferências e os Conselhos de Saúde, sendo este órgão permanente e deliberativo, com função de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Nesta senda, este trabalho tem por escopo estudar a positivação do direito à saúde do trabalhador, com enfoque à participação da comunidade nos órgãos colegiados de saúde.

Considerando, portanto, que a participação no controle social do sistema de saúde brasileiro é garantida pela legislação nº. 8.142 de 1992, com a pesquisa das atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, do ano de 2001 a 2008, objetiva-se analisar a situação da execução da mesma.

Além disso, através de dados obtidos pela análise de atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, do ano de 2001 a 2008, objetiva-se averiguar como está a participação popular no controle social do sistema de saúde, ao que concerne à execução de políticas públicas em relação à saúde do trabalhador.

Neste sentido, é de grande relevância o presente estudo, tendo em vista que a saúde, em especial a dos trabalhadores, é um direito fundamental, logo, para que a mesma seja concretizada e efetivada é imprescindível o controle social por meio das Conferências e Conselho de Saúde.

A Saúde e o Trabalho como Direito Fundamental

Direito Fundamental a Saúde

Para Sarlet, (2007, p.35-36) os direitos fundamentais são aqueles direitos humanos reconhecidos e positivados pela Carta Constitucional de um país.

Segundo Silva (2009, p. 255), consistem, no âmbito do direito positivo, em prerrogativas e instituições objetivas e subjetivas que proporcionam ao ser humano dignidade, liberdade e igualdade. São pressupostos, sem os quais o indivíduo não vive dignamente, ou até mesmo, tem sua sobrevivência comprometida. Por serem direitos fundamentais, essenciais ao homem, devem ser reconhecidos transpondo a esfera formal, devendo ser concretamente efetivados materialmente.

Ao referir-se à titularidade, eficácia e conteúdo dos direitos fundamentais constata-se que os mesmos, ao longo dos tempos, passaram por profundas mudanças, desta forma, passaram a ser conceituados por gerações. No entanto, pelo fato de seu reconhecimento ser progressivo e cumulativos, a melhor terminologia remete a dimensões dos direitos fundamentais (SARLET, 2007, p. 55).

A primeira dimensão trata-se daqueles direitos que surgem no final do século XVII, influenciado pelo pensamento liberal-burguês, sendo uma forma de defesa ou resistência frente ao Estado, visto que na época, este era considerado um opressor das liberdades individuais. Nesta fase, valorizavam-se as prestações negativas do mesmo, um dever de não fazer por parte Estatal, com relação ao direito à vida, liberdade de locomoção, religião, entre outros (BONAVIDES, 2006, p. 562-564; MORAES, 2009, p.31; SARLET, 2007, p.55-56; BULOS, 2008, p. 406).

Como salienta Sarlet:

Os direitos fundamentais [...] de marcado cunho individualista, surgindo e afirmando-se como direitos do indivíduo frente ao Estado, mais especificamente como direito de defesa, demarcado uma zona de não – intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face do seu poder (2007, p. 55-56).

Dessa forma, o Estado passa a ter suas tarefas limitadas à manutenção da ordem, à proteção das liberdades e da propriedade individual. Assim, objetivavam-se as garantia individuais e a limitação do livre arbítrio Estatal. Nesse contexto, leciona Miranda (2007, p. 45) sobre o Estado de Direito:

[...] Em vez da tradição, o contrato social; em vez da soberania do príncipe, a soberania nacional e a lei como expressão da vontade geral; em vez do exercício do poder por um só ou seus delegados, o exercício por muitos, eleitos pela coletividade; em vez da razão do Estado, o Estado como executor de normas jurídicas; em vez de súditos, cidadãos, e atribuição a todos os homens, apenas por serem homens, de direitos consagrados nas leis [...]

Discorre Miranda (2007, p. 49), que o Estado Liberal do século XX, não havia intervenção do Estado na economia, trazendo consequências, especialmente ao trabalhador, uma vez que era subsmentido exclusivamente às leis do mercado. Acarretando, desse modo, conflitos de massa, o que provocou diversos embates no direito público, e o Estado Liberal sede lugar ao estado Social, ou também chamado de Estado do Bem Estar Social.

Para Lenza (2008, 29-30), no Estado Social de Direito, ou Estado do Bem Estar Social, o grupo é colocado em destaque e o Estado passa a ter ações pró-ativas para o bem social, uma vez que agora é de sua responsabilidade garantir direitos que foram mitigados ao indivíduo durante o Estado Liberal.

Assim, nasce a classificação de segunda dimensão, onde o Estado Social de Direito alberga os direitos sociais, econômicos e culturais, objetivam proporcionar o bem estar e igualdade da população. Portanto, vislumbra-se do Estado prestação positiva, que incluem direitos relacionados ao trabalho, saúde, o seguro social, a subsistência, entre outros a fim de proporcionar ao cidadão isonomia (SILVA, 2009, p.286-287).

Ocorre que, toda esta mobilização do Estado frente à promoção social, mostra-se ineficiente quanto à igualdade, a qual se configura puramente formal. Em detrimento disso, surge a necessidade de um novo modelo de Estado, firmado no Estado Democrático de Direito. Vislumbra-se com isso, ultrapassar os anseios liberais e do Estado do Bem Estar Social (STRECK e MORAES, 2008, p.97-98).

É nesse contexto que nasce a classificação de direitos na 3ª dimensão. Já, os direitos fundamentais de terceira dimensão não se destinam especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo, uma coletividade ou um determinado Estado, visam atingir primariamente o gênero humano. Abrangem os direitos de solidariedade ou fraternidade. (BULOS, 2008, p.406; MORAES, 2009, p. 31; BONAVIDES, 2006, p. 564-569.)

Os Direitos Fundamentais, como já mencionados anteriormente, passaram por um contexto histórico, cronológico, subdividindo-se em dimensões, entretanto, isso não exclui a sua complementaridade, pois nesse contexto, se observa a inter-relação entre esses direitos, pois só há o exercício da vida de modo digno se todos os direitos fundamentais forem respeitados.

Em relação à saúde, se insere entre os direitos sociais em destaque, haja vista a sua a mesma é imprescindível para o exercício dos demais direitos, entre eles o exercício da liberdade individual. Assim, a saúde do trabalhador também requer ser tutelada, haja vista sua repercussão tanto no âmbito individual quanto social, o que propicia exigir do Estado prestações positivas para sua recuperação, prevenção e promoção (SILVA, 2008, p.60-64).

Como acima demonstrado, está incurso nos direitos sociais, por este motivo, necessitam da atuação do Estado para sua concretização, é o que dispõe Comparato, *in verbis*:

[...] exigem uma atividade positiva do Estado, pois o direito à saúde, ao trabalho, à previdência social e outros do mesmo gênero só se realizam por meio de políticas públicas, isto é, programas de ação governamental. Aqui são grupos sociais inteiros, e não apenas indivíduos, que passam a exigirem dos poderes públicos uma orientação determinada na política de investimento e distribuição de bens; o que implica uma intervenção estatal no livre jogo do mercado e uma redistribuição de renda pela via tributária (COMPARATO, 2003 p. 192-195).

A saúde do trabalhador é vista como espécie da saúde em geral, sendo considerada também como um direito individual subjetivo quanto a sua proteção. Estando a saúde do trabalhador, intimamente relacionado com a vida e o meio-ambiente equilibrado ao ponto que propicie a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana. O mesmo representa que há direitos essenciais sem os quais a pessoa não terá meios suficientes de exercer e desenvolver sua personalidade. Neste contexto, o direito a saúde do trabalhador se insere no conteúdo essencial da dignidade da pessoa humana (SILVA, 2008, p.68-72).

Para Oliveira, (2001, p. 41) a Constituição de 1988 traz à baila a expressa preocupação com a proteção da saúde do trabalhador, visto que a mesma é elevada a direito social, logo, carece ser resguardada a fim de propiciar a vida com dignidade.

Logo, abordar-se-á posteriormente a sobre a saúde, em especial a do trabalhador, a participação da sociedade na implementação de políticas públicas em saúde e o controle social exercido.

A Saúde no Sistema Jurídico Brasileiro

A saúde, tema central deste trabalho, há muito tempo, vem sendo perseguida pela humanidade. Antigamente, a mesma era desejada a fim de propiciar a eliminação das grandes epidemias, posteriormente, é designada como a ausência de enfermidades, e mais adiante, passa ser analisada sob o enfoque preventivo de doenças (SCLIAR, 2009, p. 31)

Após a concepção do Welfare State, onde transmuta do individual para o coletivo, o Estado passa ser reconhecido como intervencionista, logo, a saúde, por

ser um dos direitos sociais deve ser garantida através de ações sanitárias básicas a todos os cidadãos. (SCHWARTZ, 2001, p 28-35).

Castro e Malo (2006, p. 22) asseveram que:

[...] promover a saúde significa então recuperá-la como valor de uso e resgata-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida. Denota interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tomem em primeira mão o desenvolvimento do humano. Desenvolvimento para a saúde entendida, então, como sinônimo de vida.

É espantoso, afirma Silva (2009, p. 308), que a saúde, bem indispensável à vida, ganhou destaque como direito fundamental somente a partir da constituição de 1988. Nas constituições anteriores, a mesma estava presente, porém, não como direito humano.

Conforme assinala Gomes (1994, p. 226) que no Brasil, anteriormente à década de 30, pouco se fez em prol da medicina social. Por volta de 1930 a 1937 se implantaram diversos programas, entre estes, seguros contra invalidez, doença, morte, acidentes de trabalho e o seguro maternidade. Passando o Estado assistir o trabalhador, preocupando-se com sua saúde física, sua adaptação psíquica ao trabalho realizado. Nesse contexto, que nasce a relação entre política de saúde e as modernas técnicas de seleção e orientação profissionais.

Vaticina Foucault que:

A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último... Foi [...] no segundo terço do século XIX, que o pobre apareceu como perigo [...] na Inglaterra, durante as grandes agitações sociais do [...] século XIX, a população pobre tornou-se força política capaz de se revoltar ou [...], de participar de revoltas (1982, pp. 93-94).

[...] no século XIX, sobretudo na Inglaterra, [surge] uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (Foucault, 1982, p. 97).

Nos anos entre 1950-1960, a industrialização e seu intuito desenvolvimentista passam a exigir a organização dos serviços médicos no interior das empresas prescritas, onde se passou ao atendimento clínico individual, buscou-se analisar as causas do absentismo e doenças e acidentes ocupacionais. Desta feita, com a medicina ocupacional, possibilitou-se uma mão de obra mais saudável, além de um retorno mais imediato daqueles que se afastavam para tratamento de

saúde devido a doenças relacionadas ao trabalho (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 1978, p. 181).

Por seu turno, no final da década de 70, a luta pela saúde do trabalhador começa a tomar força, em um contexto histórico marcado pela ditadura militar, a classe trabalhadora se organiza em movimentos sociais, com influência sindical, de modo que vislumbram melhores condições de trabalho com qualidade de vida e saúde (COSTA, 1989, p. 60).

Nesta época supramencionada, há ainda a influência internacional, entre elas, está a Conferência Mundial de Alma Ata em 1978, onde surgem propostas específicas no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) referente a certos grupos de trabalhadores, como os rurais e mineiros, do mesmo modo que a OIT lança as convenções 161 e 171, as quais tratam especificamente da saúde do trabalhador, concernente na participação do mesmos, bem como a implementação através de políticas públicas.

Em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde define o conceito de atenção primária à saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD apud CORBO e MOROSINI, 2005, p.161).

Devido a forte influência internacional, o Brasil adere, na década de 80, aos movimentos político-ideológico, conhecido como Programa de Saúde dos Trabalhadores (PSTs), com isso, o sistema de saúde pública começa a desenvolver programas de assistência e vigilância dos ambientes de trabalho (LACAZ, 1997, p. 2-3).

Nesse passo, discorre Barros et al. (1997, p. 426):

O período que antecedeu o processo constituinte de 1986-1988, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, foi marcado por uma intensa mobilização desses atores, cuja expressão maior foi a realização,

em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Calcadas na necessidade inquestionável de transformação do setor, as teses e propostas formuladas em nível nacional apontavam para a redefinição da área e sua incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde (SUS). Levadas ao processo constituinte, a síntese dessas propostas foi traduzida na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo da saúde, pela determinação ao Sistema Único de Saúde - SUS da execução de ações de Saúde do Trabalhador.

Na Carta Política atual, em seu art. 6º a saúde está inserida como um dos direitos sociais, do mesmo modo, o artigo 7º, XXII, dispõe que devam ser reduzidos os riscos inerentes ao trabalho através de normas de saúde, higiene e segurança. Nesse contexto, a CRFB/88 em seu artigo 7º, XXI, está ratificando o que dispõe a convenção 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), segundo a qual, estabelece que deverá ser implementado pelos Estados uma política nacional concernente à segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente laboral, com o intuito de prevenir acidentes de trabalho, bem como danos à saúde do trabalhador (SILVA, 2001, p.33).

Ainda a CRFB/88 contempla em seu texto no artigo 196 que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2011-A).

Nesse diapasão, vale inferir, portanto, que as políticas públicas em saúde são essenciais para efetivação do que dispõe o artigo 196 da Carta Magna, desta forma, além da atuação dos três poderes cabe também à sociedade se manifestar através da participação popular quanto este assunto. (SILVA, 2008, p. 94-95)

Do mesmo modo, o artigo 197 da CRFB/88 tratou das ações de saúde como sendo de relevância pública, com isso, o artigo 198, do mesmo diploma legal, estabeleceu que as mesmas constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, a Carta Política Brasileira conferiu à saúde e a dignidade humana preponderância aos demais direitos, tendo em vista a fundamentalidade de ambos (SCHWARTZ, 2001, p.100).

Neste sentido lecionam Carvalho e Lenir Santos, *in verbis*:

Talvez enunciar a saúde como estado de bem estar prioritário, fora do qual o indivíduo não tem condições de gozar outras oportunidades proporcionadas pelo estado, como educação, antecipando-se, assim à qualificação de "relevância" que a legislação infraconstitucional deverá

outorgar a outros serviços públicos e privados, para efeito do disposto no art. 129,II da Constituição (1995, p. 287) .

No plano infraconstitucional, a lei de maior relevância é a Lei nº 8.080 de 90- Lei Orgânica da Saúde, a qual regulamenta o SUS, tratando entre outros assuntos, sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Por sua vez, a Lei nº 8142 de 1990, regulamenta a participação da comunidade na instituição das ações de saúde, através de instâncias colegiadas de Conselhos e Conferência de Saúde (BARROS, 1997).

Estando, pois, em consonância ao que preceitua o art. 198, III, da Carta Magna.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 2011- A)

Portanto, cabe ressaltar que a saúde, em especial a do trabalhador, foco desse trabalho, por ser um dos direitos sociais preponderante para a efetivação de muitos outros direitos, requer ação proativa do Estado para a sua tutela, e para tanto, afim de resguardar a sua efetivação, a legislação em comento atribuiu a participação popular para a implementação de políticas públicas em saúde, conforme abordar-se-á em seguida.

Participação da Comunidade na Implementação de Políticas Públicas da Saúde e o Controle Social

Para fortalecer toda esta luta pela saúde, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual propôs a reforma sanitária no país em 1986, culminando com a criação do SUS de forma descentralizada e Universal. No qual, através da lei nº. 8142 de 1990, garantiu-se a participação da comunidade na sua gestão, onde se faz presente nos Conselhos e Conferências de Saúde. Para Matta, (2007) o papel da participação da comunidade para monitorar a ação Estatal na execução das políticas públicas, perfaz a realização do controle social.

Nesse sentido, corrobora com o acima lecionado, Escorel e Moreira (2009, p. 229):

Os Conselhos são instâncias de participação permanente e têm caráter deliberativo, enquanto as conferências são espaços de debate quadrienais de natureza consultiva, ambos integram o mesmo sistema, estão regulamentados na mesma lei que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e são regidos por uma mesma lógica participativa. Essa lógica, construída historicamente pelos movimentos sociais em saúde, tem como principais características a paridade na representação do segmento dos usuários e a idéia-força do controle social.

A Reforma Sanitária ocorrida no Brasil enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde (CARVALHO, 1997, p.94).

Assim, introduziu-se no Brasil, com a Carta Magna brasileira de 1988, a participação direta e indireta da comunidade nas decisões de políticas públicas, calcadas na democracia participativa, onde a sociedade civil organizada teria paridade em relação aos demais segmentos colegiados (LABRA, 2009, p. 176).

Nesta senda, leciona Tatagiba (2004, p. 209) que os conselhos gestores de políticas públicas constituem uma das principais experiências da democracia participativa no Brasil contemporâneo instituído pelo

Quanto à democracia, adota-se o posicionamento de Urbinati (2006, p. 209), segundo a qual a democracia representativa é uma forma de governo original, distinta da democracia eleitoral:

[...] a teoria democrática precisa fazer retificações à concepção minimalista assim como à visão deliberativa habermasiana, de modo que se compreenda o mundo complexo da democracia representativa. Retificar a primeira, porque foco na votação como resolução temporária do conflito político nos mostra a localização da “vontade” autorizada a legislar, mas não nos fornece um retrato completo do jogo democrático que põe aquela vontade em movimento e a forma. Retificar a última, porque o foco na “força integradora da comunicação” joga luz insuficiente sobre a refrega política, que a representatividade da representação traz a tona, uma característica que é sempre uma questão e grau e flutuação, e uma construção ideológica que está sempre aberta à visão e a realização.

Ante ao exposto, a tomada de decisões nos Conselhos de Saúde pela Sociedade civil de organizada constitui verdadeira forma de democracia participativa, concretizando o controle social para efetivação de políticas públicas, tendo em vista

que a própria sociedade interessada é quem estabelece quais são as reais necessidades da coletividade frente ao interesse do poder público. Dessa forma, atuam no planejamento, implementação, avaliação e controle das ações que do Estado (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008, p. 2).

Diante disso, há a convação de sujeitos sociais para sujeitos:

Os sujeitos sociais, como sujeitos políticos, se caracterizam a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades de ação. Encontrando-se em determinados contextos sociais [...] é na luta que sujeitos sociais se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas, isto é, sujeitos políticos.

Ademais, o controle social perfaz a gestão pública mais democrática, pois, o Estado não toma as decisões levando em consideração apenas o seu interesse, mas sim, atenta-se aos anseios e interesses específicos da população, através da participação de diversos seguimentos cíveis da sociedade, como profissionais, população (BISPO, Júnior; MESSIAS; SAMPAIO, 2006, p. 249-250).

Nesse contexto, expõe Carvalho, (1997, p. 99) que os Conselhos de Saúde devem ser analisados sob o prisma de componente do aparelho estatal, ao invés de ser apenas espectador externo do controle social, onde participam como peça fundamental das instituições, ao passo, que são capazes de alterar os critérios de escolha das demandas, conforme as prioridades da população. Desse modo, os Conselhos, do ponto de vista democrático, são importantes para ampliar a receptividade das demandas em saúde, como pode ser visto, *in verbis*:

Concebidos sob a égide do propósito democratizante da Reforma Sanitária, tanto no plano social como político, os Conselhos podem então ser considerados inovações institucionais, entendidas como uma reforma adaptativa do desenho institucional do Estado, dirigidas para alterar o padrão de recepção e processamento de demandas na área de saúde, no sentido do seu alargamento (CARVALHO, 1997, p. 99).

Os Conselhos de Saúde, com participação de alguns seguimentos da população, que fazem parte dos órgãos colegiados e deliberativos, onde diretamente auxiliam o governo na criação, implantação e execução de políticas públicas de saúde. A Lei nº 8.080 de 1990, mostra em seu art. 1º, § 2º:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

§ 2º 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 do governo.

O controle social em saúde, através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, com a participação popular conforme preconiza a Lei 8.142 de 1990, diz que os Conselhos serão tripartites, sendo representado por 50% usuários, 25% governo e prestadores de serviço e 25% profissionais de saúde, visando em conjunto, planejarem as ações que o gestor irá executar, vislumbrando a eficiência na prestação de serviços, princípio implícito nos atos e ações da administração pública (BRASIL, 2011- B).

Em relação à saúde do trabalhador, segundo Maeno (2005), o controle social realizado pelos Conselhos de Saúde, no âmbito nacional, pouco têm pautado o tema da saúde do trabalhador, diferentemente ocorre com a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

METODOLOGIA

Problemática Metodológica

A metodologia aplicada neste projeto de pesquisa primeiramente tratou de levantar qual seria ponto central da mesma, a fim de compreender como tem sido a participação do Conselho e Conferências Municipais de Saúde na definição das políticas públicas de direito a saúde do trabalhador, bem como se os conselheiros destes órgãos conhecem a importância de da efetivação de políticas públicas nesta área.

Abordagem Metodológica

Primeiramente, neste projeto de pesquisa, realizou-se a pesquisa bibliográfica, na qual merece destaque, “primeiro porque estará presente em qualquer processo de pesquisa [...] segundo, porque a pesquisa bibliográfica é mais simples e confortável”. (SANTOS, 2004, p. 92).

Além disso, tendo em vista que a pesquisa de campo propicia dados mais ricos, já que o pesquisador tem a oportunidade de estar em contato direto com o objeto de estudo, realizou-se, junto ao conselho um levantamento do dados obtidos através de atas e resoluções.

Tipo de Pesquisa

O estudo em pauta consubstancia-se na pesquisa com abordagem qualitativa, a qual segundo Oliveira, (1999, p. 116), não aborda dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema, Mezzaroba, Monteiro (2004, p. 110) entendem que:

Qualidade é uma propriedade de idéias, coisas e pessoas que permite que sejam diferenciadas entre si de acordo com suas naturezas. A pesquisa qualitativa não vai medir seus dados, mas, antes, procurar identificar suas naturezas [...] também pode possuir um conteúdo altamente descritivo e pode até lançar mão de dados quantitativos incorporados em suas análises, mas o que vai preponderar sempre é o exame rigoroso da natureza, do alcance e das interpretações possíveis para o fenômeno estudado e (re)interpretado de acordo com as hipóteses estrategicamente estabelecidas pelo pesquisador.

Local e Período da Pesquisa

A mesma ocorreu no município no Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, no período de agosto de 2009 a março de 2010.

Coleta de Dados

Os dados dessa pesquisa consistiram naqueles obtidos através da análise das atas das reuniões realizadas pelo conselho de saúde, no período de 2001 a 2008.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Após a análise de todas as atas e resoluções, constatou-se que houve pouca discussão quanto à saúde do trabalhador por parte do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma no período de 2001 a 2008.

Em que pese existir uma comissão específica dentro desse órgão para tratar de saúde do trabalhador, durante este período de estudo a mesma se mostrou praticamente silente.

CONCLUSÃO

Após esta exposição, observa-se que é de grande relevância a proteção dos direitos à saúde do trabalhador, visto que a mesma está inserida na Carta Magna como um direito fundamental. Cabendo ao Estado através de prestações positivas assegura este direito àqueles que desenvolvem atividades laborais, promovendo e protegendo a saúde do trabalhador.

A participação da comunidade nos órgãos colegiados, em especial dos Conselhos municipais de saúde, relaciona-se com a democracia, pois permite que a população tenha representatividade frente às decisões, desta forma o Estado e a sociedade dialogam a fim de efetivar os anseios de diversos grupos sociais e não apenas de uma minoria.

Pode-se observar ainda, que diante desse cenário de pouca discussão quanto à temática por parte desse órgão, percebe-se os usuários que fazem parte do Conselho pouco utilizam da ferramenta colocada à disposição para implementação efetivação de políticas públicas em saúde destinada à classe trabalhadora.

Ante o exposto, constata-se que é de suma importância a participação do Conselho Municipal para implementação e efetivação de políticas públicas em saúde do trabalhador, uma vez que além de seu caráter consultivo, possui o caráter deliberativo.

REFERÊNCIAS

BARROS DE OLIVEIRA, M. H.; BRANDÃO DE OLIVEIRA, L. S.; RIBEIRO, F. S. N. & FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1997-b. **Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras**, Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 13-3: 425-433.

BISPO José Patrício Júnior; MESSIAS Kelly Leite Maia de; SAMPAIO José Jackson Coelho. **Exercício do Controle Social Em Municípios De Pequeno Porte: O Caso De Lafayette Coutinho (ba)**. IN: revista baiana de Saúde Pública , V 30, nº 2, julho/ dezembro de 2006.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2003.

BRASIL , 2011-A. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, 2011- B. 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, 31 de dezembro de 1990.

BULOS, Uadi Lamêgo. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____, Antônio Ivo. Estado seletivo, desenho institucional e inovação política. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de saúde: Comentários à lei orgânica da saúde (Lei nº 8.808/90 e Lei nº 8.142/90)**. 2.ed., São Paulo: HUCITEC, 1995.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/Opas, 2006.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 3. ed. Ver. E atual. São Paulo: Saraiva, 2003.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COSTA, N.R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate d Reforma Sanitária. In Costa, N.R.; Minayo, C.S.; Ramos, C.L.; e Stotz,E.N.(orgs). **Demandas populares: políticas públicas e saúde**. Petrópolis, VOZES/ABRASCO, 1989. v.1

SCOREL Sarah; MOREIRA Marcelo Rasga. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade**. In : In: FLEURY SÔNIA. **Democracia e saúde**, Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Caderno de saúde Pública**. Vol. 13 , supl. 20. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. , acesso em 01.10.2011.

LABRA, Maria Eliana. **Política Nacional de Participação NA Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial**. In: FLEURY SÔNIA. **Democracia e saúde**, Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LENZA, Pedro. **Teoria geral da ação civil pública**. 3. ed. rev., atual. e ampl São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos. **Saúde do Trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sitema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim, 2007.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. . **Curso de direito constitucional**. 3. ed., rev. e atual São Paulo: Saraiva, 2008.

MEZZARROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de metodologia da pesquisa no direito**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MIRANDA, Jorge. **Teoria do Estado e da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

MORAES, Alexandre de. . **Direito constitucional**. 23. ed. atual. até a EC n.56/07 São Paulo: Atlas, 2009.

MORAIS, José Luiz Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais: o Estado e o direito na ordem contemporânea**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

OLIVEIRA, Euclides Benedito de. Direito à Saúde: Garantia e Proteção pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito sanitário**: Centro de Estudos e pesquisa de direito sanitário. São Paulo: LTR, 2001, vol.2 n.3.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. 6. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SERAFIM, Lizandra; TEIXEIRA, Ana Claudia. Controle Social das Políticas Públicas. **Boletim REPENT**, nº 29, agosto, 2008. Disponível em http://www.polis.org.br/obras/arquivo_290.pdf, acesso em 01.10.2011.

SCLIAR, Moacir. PHYSIS: Rev. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SILVA, José Afonso da. . **Curso de direito constitucional positivo**. 32. ed., rev. e atual. até a Emenda Constitucion São Paulo: Malheiros: 2009

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. . **A saúde do trabalhador como um direito humano**: conteúdo essencial da dignidade humana. São Paulo: LTR, 2008. 285 p.

SILVA, Otávio Pinto. Direito sanitário do Trabalho no Brasil. **Revista de Direito sanitário**: Centro de Estudos e pesquisa de direito sanitário. São Paulo: LTR, 2001, vol.2 n.2.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, Losé Luis Bolzan de. **Ciência política e teoria geral do estado**. 6. ed Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2008

TATAGIBA Luciana. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa:aprofundando o debate. In: FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato Monseff & SOUZA, Nelson Rosário (orgs.). 2004. **Democracia e participação**: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/rsp/article/view/7077/5049>. Acesso em: 10.03.2011.

URBINATI, Nadia. **O que Torna a Representação Democrática**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n67/a07n67.pdf>. Acesso em: 02 de agosto de 2007.

DIREITO SANITÁRIO: CONSTRUÍDO UM DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR ENTRE AS CIÊNCIAS SOCIAIS E BIOLÓGICAS

Francisco Pizzette Nunes

Bacharel em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC); Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGD/UFSC). Professor da Universidade do Estado de Santa Catarina – Centro de Educação Superior da Região Sul (UDESC/CERES). Professor da Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE). Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado Política e Direito (NUPED/UNESC). Pesquisador do Grupo de Estudos em Latim e Fontes do Direito Romano (Ius Dicere/ UFSC).

RESUMO

O presente artigo trata-se de pesquisa bibliográfica de método dedutivo, que visa analisar a interdisciplinaridade e dialogicidade como fenômenos oriundos de uma nova materialidade histórica que anseia pela superação do paradigma tradicional da ciência e do ensino, marcado pela racionalização, hiperespecialização e departamentalização, apresentando o Direito Sanitário como um campo interdisciplinar e dialógico que contribuí para a superação do modelo tradicional de ensino.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Epistemologia; Interdisciplinaridade; Dialogicidade.

ABSTRACT

The present article is a literature of deductive method, which aims to analyze the interdisciplinary and dialogical phenomena as a new historical materiality ance for overcoming the traditional paradigm of science and education, marked by the rationalization, hyperspecialization and departmentalization, presenting the Health Law as a interdisciplinary and dialogic field that contributed to overcoming the traditional model of education.

Keywords: Health Law; Epistemology; Interdisciplinarity; Dialogicality.

INTRODUÇÃO

Desde o advento da Modernidade vivenciamos um paradigma caracterizado por uma matematização do saber oriunda das ciências naturais, que busca expandir seu padrão de racionalidade para todas as áreas da ciência, separando o sujeito de seu objeto de estudo, e este do contexto em que se insere, contemplando um mundo supostamente ordenado, composto por leis simples e imutáveis, capaz de prever e controlar a ocorrência dos fenômenos do universo (VASCONCELOS, 2008, p. 59-60). Contudo, tal paradigma acabou resultando numa

compartimentalização dos saberes, instituindo uma organização disciplinar, na qual cada disciplina enxerga-se auto-suficiente com relação as demais, gerando uma hiperespecialização do pesquisador e coisificação de seu objeto de estudo (MORIN, 20004a, p. 36-40), bem como uma concepção bancária de educação, onde não há margem para o diálogo, discussão e reflexão crítica, mas tão somente a absorção dos conteúdos repassados pelo professor e a imposição da ideologia de uma classe dominante sobre o intelecto das massas exploradas (FREIRE, 1987, p. 57-60).

Nesse viés, a organização disciplinar e hiperespecialização promovida pelo paradigma tradicional mostra-se incapaz de perceber e resolver os problemas que se sobrepõe à organização disciplinar, pois, enquanto este prima por saberes dissociados e alheios à realidade, esta última se insere num contexto globalizado, onde os problemas apresentam-se cada vez mais multidisciplinares, transnacionais, multidimensionais e planetários (MORIN, 2004a, p. 43).

Assim, diante da antinomia existente entre o antigo e o novo paradigma, que emerge de uma sociedade globalizada, cujos problemas são globais e multidisciplinares, a interdisciplinaridade e o ensino dialógico são possíveis alternativas para a superação deste conflito, motivo pelo qual o presente estudo busca analisá-las sob este enfoque, apresentando o Direito Sanitário como um exemplo de interação e diálogo entre saberes uma vez dissociados pelo paradigma tradicional da ciência.

Para tanto, o artigo abrange três momentos. Num primeiro momento fora analisada a interdisciplinaridade como possível resposta aos problemas que se sobrepõe à organização disciplinar, seus conceitos e vertentes. Em seguida, observou-se a práxis dialógica proposta por Paulo Freire como alternativa à um ensino bancário, compartimentalizado e que não reconhece a autonomia do educando enquanto sujeito do processo de aprendizagem e agente transformador da sociedade. Por fim, verificou-se o Direito Sanitário como criação e práxis dialógica e interdisciplinar que contribuí para a superação de uma organização disciplinar, hiperespecializada e departamentalizada.

Interdisciplinaridade

Embora a sociedade atualmente exija uma convivência interdependente dentre as diversas áreas do saber, a formação universitária pouco contribuí para

esta, tendo em vista a fragmentação do ensino e a ausência de comunicação entre as ciências, vindo o discurso educacional tradicional, que formalmente advoga por uma formação integral, materialmente prima pelo seu inverso, voltando-se para o individualismo de cada disciplina, impedindo o desenvolvimento de uma consciência crítica e a participação social e política (ALVES, 2005, p. 18).

Nesse contexto, a necessidade de buscar novos caminhos que não envolvam apenas a área de conhecimento específica da profissão escolhida, mostra-se fundamental para uma educação que corresponda a uma nova visão paradigmática que contemple toda a complexidade das relações sistêmicas, que pautem-se numa lógica de conjunção, e não se restrinja a um reducionismo simplista, sendo a interdisciplinaridade um pressuposto basilar para tanto, uma vez que proporciona o diálogo entre várias áreas do conhecimento, rompendo as barreiras do individualismo, sem deixar de respeitar as peculiaridades de cada qual, mas possibilitando pontos de conexão enriquecedores para interpretação dos saberes (ALVES, 2005, p. 19).

SANTOS (2005, p. 37-39) classifica os níveis de conhecimento científico em cinco níveis:

- a) Disciplinar: quando cada matéria, dentro de uma mesma área do saber científico, não se comunica com as demais, buscando construir sua própria identidade científica disciplinar;
- b) Intradisciplinar: quando o conhecimento científico se comunica dentro de um mesmo saber científico;
- c) Multidisciplinar: quando o conhecimento científico busca dividir tarefas com outros ramos da ciência, mas sem se comunicarem, não havendo um diálogo sobre o objeto comum de estudo;
- d) Interdisciplinar: quando o conhecimento científico se comunica com diferentes áreas da ciência, havendo uma inter-relação entre as disciplinas;
- e) Transdisciplinar: quando o conhecimento científico se comunica além das áreas da ciência já existentes na atualidade.

Todavia, LEIS (2005, p. 03-05) afirma que deve se evitar debates teórico-ideológicos sobre o conceito de interdisciplinaridade, sendo preferível vislumbrar o fenômeno da interdisciplinaridade como uma prática em andamento, prática esta que é contrária a qualquer homogeneização teórica ou enquadramento conceitual, uma

vez que qualquer definição unívoca e final sobre o termo, trata-se de uma proposta feita a partir de alguma das disciplinas existentes. Ou seja, não seria algo propriamente interdisciplinar, mas disciplinar, pois existem muitas definições para a interdisciplinaridade, tantas quantas forem as experiências interdisciplinares em curso (LEIS 2005, p. 03-05).

No campo teórico-metodológico, são três as principais vertentes da interdisciplinaridade: a filosofia do sujeito, o marxismo dialético e a do paradigma da complexidade (SANTOS, 2005, p. 40-43).

A filosofia do sujeito teve como marco o Congresso de Nice, realizado na França, em 1969, difundindo-se no Brasil através dos trabalhos de Hilton Japiassú, Ivani Catarina Arantes Fazenda e Pedro Demo (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004, p. 140-142). Japiassú e Fazenda apontam a interdisciplinaridade como a resposta para o problema da disciplinaridade, que vislumbram como uma doença a ser superada/curada por uma prática interdisciplinar que conte com a presença de profissionais de várias áreas, mas que não se resuma à mera troca de informações entre organizações disciplinares, fazendo-se necessária a efetiva intercomunicação entre estas, tanto no nível conceitual, quanto no nível metodológico, através de um método de tarefa, que vise a procura de um objeto comum aos vários conhecimentos, incidindo na prática; e de um método de reflexão interdisciplinar acerca dos saberes já constituídos (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004, p. 141).

JAPIASSU (1992, p. 180) discorre que a interdisciplinaridade se efetua entre disciplinas operantes ou cooperantes, devendo a filosofia intervir com o fim de auxiliar na descoberta do objeto comum às várias disciplinas que interagem entre si, vindo este objeto comum a consistir no ser humano, o qual nenhuma disciplina particular poderia descobri-lo isoladamente.

Nesse viés, JAPIASSU (1992, p. 182) vislumbra a epistemologia como uma tentativa eminentemente interdisciplinar, que busca não somente criar pontes entre as diversas ciências, mas coordenar estas com o fim de alcançar uma convergência de pontos de vista, métodos, conceitos, teorias e resultados, de modo que este conhecimento interdisciplinar leve as diversas disciplinas e ciências a colaborarem, possibilitando uma reciprocidade na troca de informações e o enriquecimento mútuo de cada qual.

Assim, o conhecimento interdisciplinar apontaria para uma tendência à “consciência reflexiva”, vindo a interdisciplinaridade a conduzir o saber reflexivo

necessário à reconstrução da unidade do homem, que fora fragmentada e dissolvida pela compartimentalização dos saberes promovida pelo paradigma tradicional da ciência (JAPIASSU, 1992, p. 182).

Um segundo apontamento complementa o primeiro, no sentido de que a ciência deve consorciar-se a outros saberes, outros olhares, essenciais para um aprendizado que compreenda a realidade e a vida em suas complicações e complexidades, de modo que, para tanto, faz-se necessário trabalhar com afincos os limites do conhecimento, para que assim determinado saber não pretenda conhecer e se meter em tudo, mas respeite seus limites e reconheça a competência dos demais saberes, vindo a prática interdisciplinar a atuar como um controle democrático neste sentido, contribuindo para a qualidade e os limites do conhecimento (DEMO, 1999, p. 94-95).

O terceiro apontamento diz respeito à “departamentalização” das universidades, que favorece uma especialização isolada, vindo cada departamento a fechar-se em relação aos demais, mesmo para com áreas comuns ou conexas, aprofundando a distância entre as disciplinas e sobretudo entre as grandes áreas do saber científico, prejudicando a profissionalização, pois desprepara os estudantes para enfrentar novos desafios diante de um ambiente interdisciplinar, e reduzindo a complexidade da realidade à extensão de um único curso, na medida em que evita o confronto e diálogo saudável com outras maneiras de ver o mundo, decorrentes de outros ramos da ciência, de forma que os cursos tendem a isolar-se em seus termos e jargões próprios, que mostram-se tão esotéricos quanto irrelevantes (DEMO, 1999, p. 96-99).

Ademais, tendo em vista que a qualidade do conhecimento não pode dispensar o conhecimento especializado em nome de uma complexidade, e que, da mesma forma, não pode desconsiderar a complexidade em prol de uma especialização exacerbada, o autor indica a necessidade de um meio-termo, afirmando que a interdisciplinaridade não é algo reservado ao trabalho de um único cientista, por mais que este prime por uma horizontalidade, mas deve ser desenvolvida por um grupo de cientistas, sendo o trabalho em equipe a verdadeira interdisciplinaridade, onde os conhecimentos especializados buscam uma convergência diante da realidade complexa (DEMO, 1999, p. 103-104).

Por fim, DEMO (1999, p. 143) discorre acerca da necessidade de transição de uma prática disciplinar fechada em si mesma para uma prática

interdisciplinar comunicativa:

Apesar de a aprendizagem ser sempre também um ato individual – ninguém estuda pelo outro, assim como a televisão não estuda pelo aluno -, a visão interdisciplinar insiste em seu meio ambiente social e comunicativo. A genialidade individual torna-se tanto melhor se for socialmente repartida. Como, porém, a maioria não é gênio, é preciso aprender junto, como ocorre, aliás, na vida. É no confronto reconstrutivo com a realidade e com os outros que vamos nos transformando em termos de competência humana hermeneuticamente plantada. Assim, em vez de fomentar ambientes fechados – do tipo um laboratório exclusivo, uma sala especial silenciosa, um lugar separado – para estudar, será o caso de montar circunstâncias comunicativas e comunicantes, com acesso amplo a informação e sobretudo acesso a pessoas e grupos de interessantes.

Diante de tais posicionamentos, SANTOS (2005, p. 40) discrimina as cinco premissas básicas da vertente da filosofia do sujeito:

- d) A fragmentação do conhecimento científico leva ao ser humano a não ter domínio sobre o próprio conhecimento produzido, isto torna o sujeito pensante uma ameaça em potencial, pois não consegue mais lidar com o caos do mundo fenomênico.
- di) A fragmentação do conhecimento científico ou especialização, em decorrência da premissa anterior, passa a ser assumida como patologia ou cancerização. Esta doença compromete a produção do conhecimento enquanto processo e produto.
- dii) A soma dos sujeitos pensantes, que, com base na sua vontade, decidem superar o conhecimento fragmentado através do trabalho em equipe de profissionais de áreas diversas do conhecimento humano.
- diii) O sujeito pensante é capaz de viver a interdisciplinaridade em qualquer situação. Pode ser na área profissional, na universitária (ensino, pesquisa e extensão) e no cotidiano.
- div) A produção do conhecimento científico está garantida, uma vez satisfeita a exigência do trabalho em parceria multiprofissional.

Contudo, as idéias provenientes da vertente da filosofia do sujeito demonstram uma visão a-histórica da interdisciplinaridade, marcada pela sobreposição do sujeito sobre o objeto (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004, p. 143). É diante desta perspectiva a-histórica que surge a vertente de influência marxista, que afirma que tanto a disciplinaridade quanto a interdisciplinaridade são historicamente construídas pelo ser humano, discordando da corrente filosófica quanto ao fato desta considerar a disciplinaridade como uma patologia, tendo em vista que esta mesma disciplinaridade consiste no fator histórico necessário para o pensar interdisciplinar, assim vindo os autores da vertente marxista a alegarem que o processo de produção do conhecimento científico só poderá aprofundar-se através da própria materialidade histórica (SANTOS, 2005, p. 41).

ETGES (2000, p. 53) afirma que as ciências são construções resultantes

do trabalho dos cientistas, das ações produzidas por sua autonomamente por sua inteligência, propondo uma nova concepção de ciência que se afaste de qualquer visão metafísica, idealista ou empiricista, contemplando a ciência como produto do trabalho material, expressão e exteriorização do homem, a forma mais elevada de objetivação do ser humano pela qual este se posiciona no mundo.

O autor supracitado salienta que as ciências não são fragmentos de um saber único e absoluto, elas não levam a um conhecimento global unitário, mas podem apresentar elementos comuns ente si, porém, estes não constituiriam a base de uma prática interdisciplinar, pois, caso contrário, poderiam levar a produção científica a perder seu objeto e liberdade de ação (ETGES, 2000, p. 63-64).

Diante disso, ETGES (2000, p. 64-72) entende a interdisciplinaridade como sendo uma transposição, um deslocamento de um sistema construído para outro, tendo sua base na própria produção do saber, no trabalho dos cientistas, observando a ciência como produção de novos mundos adequados ao sujeito.

Ademais, o autor afirma que a interdisciplinaridade não cria uma nova teoria, mas atua como um mediador que possibilita a compreensão da ciência, formas de cooperação e o desenvolvimento de um nível crítico e criativo entre os cientistas, nas palavras do autor:

Resumindo, pode-se dizer que é o princípio da compreensão da ciência para o próprio cientista, da compreensão de seus pressupostos e dos seus limites, portanto, o princípio da exploração máxima das potencialidades de cada construto, e, quando o cientista descobre os limites, ela é o impulso à busca de novos horizontes para a superação do atual construto e a criação de um novo (ETGES, 2000, p. 74).

Para efetivar sistematicamente a interdisciplinaridade através do deslocamento de contextos, o autor sugere duas estratégias distintas: a estratégia do estranhamento interdisciplinar e a estratégia da explicação ou esclarecimento pelo método do outro (ETGES, 200, p. 74-76). Pelo estranhamento disciplinar, o cientista coloca seu sistema em outro contexto que lhe é estranho, com o objetivo de observar os pressupostos do mesmo, descobrir as estruturas de seu sistema, que antes lhe eram desconhecidas, e assim possibilitar ao cientista novos questionamentos que jamais lhe viriam à tona, questionando o pequeno mundo sob o qual se limitava (ETGES, 2000, p. 74-75).

Por sua vez, a explicação ou esclarecimento pelo método do outro visa

explicar um sistema pelos métodos de outro, vindo uma ciência a se tornar objeto de outra, possibilitando uma análise das potencialidades da disciplina e de seus limites, bem como a construção de uma nova teoria, rompendo assim com a rigidez e absolutizações teóricas (ETGES, 2000, p. 76-77).

O conceito de história utilizado por JANTSCH e BIANCHETTI (2000a, p. 178-179) entende a realidade como dialética, e que o conhecimento, em sua dialeticidade, é uma construção humana, e, assim sendo, passível de muitas e novas objetivações, vindo os saltos construtivos a obedecerem as condições historicamente postas, de modo que a materialidade histórica não se resume à economia ou produção material, mas abrange o conjunto das construções humanas, sem sucumbir à moralização.

Os referidos autores salientam que a filosofia do sujeito, por sobrepor o sujeito ao objeto, não constitui a base da interdisciplinaridade (JANTSCH; BIANCHETTI, 2000a, p. 182). Assim, a materialidade histórica figuraria como base da interdisciplinaridade, não compreendendo nem o sujeito nem o objeto como autônomos, mas primando pela compreensão da relação entre sujeito e objeto na produção do conhecimento, produção esta que igualmente não pode ser concebida autonomamente em relação à materialidade histórica (JANTSCH; BIANCHETTI, 2000a, p. 188-189).

JANTSCH e BIANCHETTI (2000b, p. 195-200) afirmam ser necessário pensar a interdisciplinaridade a partir da totalidade histórica, alegando que, da mesma forma que o processo de fragmentação do conhecimento e do trabalho se impôs historicamente, a interdisciplinaridade almejada também pode ser considerada como uma imposição da atual materialidade histórica, não vindo a se estabelecer pela vontade dos homens, como afirma a filosofia do sujeito, mas pela pressão, pelas necessidades impostas pela materialidade do momento histórico, podendo ser conquistada mediante uma atuação coletiva ou individual, a partir da concretude do processo histórico vivido pela humanidade.

No que tange à prática pedagógica interdisciplinar, JANTSCH e BIANCHETTI (2000b, p. 202) afirmam que para esta se efetivar, antes de mais nada é necessário que a universidade venha a relativizar a departamentalização, desburocratizar os processos que envolvem projetos de pesquisa e extensão e dar prioridade aos projetos que primem por uma experiência interdisciplinar.

ETGES (2000, p. 77-82) entende o ato de ensinar como um processo de

transposição do saber, mas indica que a universidade tem primado por um ensino profissionalizante dirigido a campos limitados e restrito a uma estrutura departamental, fazendo-se necessária uma rearticulação total da universidade atual, inicialmente mediante a criação de redes interdisciplinares de pesquisa onde todos os pesquisadores atuem em condições de igualdade e em liberdade, sendo que, enquanto o sistema atual perdurar, deve-se lutar por um trabalho integrado entre professores de diferentes especialidades e departamentos, nas palavras do autor:

[...] o construtivismo e a interdisciplinaridade conseqüente apontam saídas extremamente possíveis, viáveis e historicamente fecundas para uma universidade de pessoas livres, que atuarão como sujeitos perante o saber que constroem, como sujeitos capazes de comunicar esse saber de forma que sua responsabilidade perante a sociedade esteja sempre presente e atuante (ETGES, 2000, p. 83).

A terceira vertente teórico-metodológica acerca da interdisciplinaridade é marcada pela influência da teoria crítica da Escola de Frankfurt e pelos autores e teses acerca do paradigma da complexidade, tendo como um de seus principais expoentes Edgar Morin (SANTOS, 2005, p. 43).

Segundo MORIN (2004b, p. 105), a organização disciplinar fora instituída no século XIX com a formação das universidades modernas, tendo se desenvolvido no decorrer do século XX com o avanço das pesquisas científicas, podendo se considerar como disciplina, uma categoria organizada dentro dos saberes científicos, que venha a instituir uma divisão e especialização para com a diversidade das áreas que estes abrangem, cada qual com sua história, que se desenvolve não apenas no campo da universitário, mas também social, assim vindo cada qual a nascer a partir um conhecimento e reflexão interna e externa. Entretanto, a instituição disciplinar incide, simultaneamente, num risco de hiperespecialização do pesquisador e de coisificação do objeto de estudo, podendo chegar ao ponto de uma disciplina enxergar-se como auto-suficiente, negligenciando qualquer vinculação com outras disciplinas, bem como o próprio contexto em que se insere e os problemas que se sobrepõe à organização disciplinar (MORIN, 2004b, p. 106).

Dessa forma, MORIN (2004a, p. 55) alega ser fundamental para a compreensão humana compreender a unidade na diversidade e a diversidade na unidade, o que chama de *unitas multiplex*, salientando ainda que o pressuposto de simplificação objetivado pelo paradigma tradicional da ciência não permite esse

pensar a unidade na diversidade e a diversidade na unidade, mas apenas vislumbra unidades ou diversidades abstratas devido ao fato de não serem coordenadas (MORIN, 1996, p. 31).

Diante disso, MORIN (1996, p. 32) afirma estarmos vivenciando uma pré-história do espírito humano, contagiada pelas doenças do idealismo, da racionalização, e do doutrinário, que tomam a idéia pelo real, encerram o real num sistema lógico mutilador, e afastam o sistema de idéias de um diálogo com o real e com outros sistemas de idéias.

Assim, de acordo com o autor, a concepção de ser humano está fragmentada entre as diversas disciplinas das ciências naturais e humanas, sendo a organização disciplinar plenamente justificável, desde que reconheça a interdependência existente entre as diversas ciências e não oculte as realidades globais, de modo que, ao invés de ignorar estas realidades, busque se reintegrar a estas (MORIN, 2004b, p. 112-113).

Para tanto, o autor sugere o exercício de uma prática ecodisciplinar, que leve em consideração o contexto em que as disciplinas nascem, seus aspectos culturais e sociais; metadisciplinar, que possibilite que a disciplina seja ao mesmo tempo fechada e aberta, não destruindo o que já fora criado, mas estando aberta para o diálogo com as demais disciplinas; e inter-poli-transdisciplinar, que contemple aspectos interdisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares, possibilitando assim uma cooperação orgânica entre as disciplinas, bem como sua associação, por conta de um projeto ou objeto comum, e superação (MORIN, 2004b, p. 115).

Nesse viés, MORIN (2004b, p. 107) discorre acerca da necessária ruptura das fronteiras disciplinares em prol de um projeto inter-poli-transdisciplinar que contemple a complexidade do ser humano e das realidades em que este se insere:

[...] pode-se dizer de pronto que a história das ciências não se restringe à da constituição e proliferação das disciplinas, mas abrange, ao mesmo tempo, a das rupturas entre as fronteiras disciplinares, da invasão de um problema de uma disciplina por outra, de circulação de conceitos, de formação de disciplinas híbridas que acabam tornando-se autônomas; enfim, é também a história da formação de complexos, onde diferentes disciplinas vão ser agregadas e aglutinadas. Ou seja, se a história da ciência é a da disciplinaridade, uma outra história, ligada e inseparável, é a das inter-poli-transdisciplinaridades.

Além disso, tendo em vista que uma disciplina não nasce apenas de um conhecimento e reflexão interna sobre si mesma, esta deve estar aberta a um olhar

extradisciplinar, muitas vezes ingênuo, alheio à disciplina, mas que, justamente por ser alheio a esta, pode ser capaz de resolver os problemas que eram até então invisíveis dentro da disciplina (MORIN, 2004b, p. 106).

Contudo, tal extradisciplinaridade não deve ser vislumbrada apenas sob o ponto de vista dos cientistas de outras áreas do conhecimento, mas também, sob uma perspectiva dialógica, dos sujeitos que participam do processo de aprendizagem.

Dialogicidade

Paulo Freire fora, um dos maiores nomes no campo da educação, tendo buscado uma educação libertadora na qual o educando, o qual o autor trata como oprimido, tenha condições de reflexivamente descobrir-se e conquistar-se como sujeito de sua própria destinação histórica, contrapondo assim o modelo pedagógico de dominação, que até então predomina nas instituições de ensino (FREIRE, 1987, p. 09).

FREIRE (1987, p. 57-60) critica o modelo pedagógico atual, o qual denomina “concepção bancária da educação”, cuja tônica preponderante é narrar, uma narrativa que trata a realidade como algo estático, compartimentado e bem-comportado, onde o educador aparece como seu indiscutível agente, como o seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração, na qual a palavra se esvazia da dimensão concreta que deveria ter e se transforma em uma verbosidade alienada e alienante, transformando a educação num ato de depositar, conduzindo os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado, como se fossem autômatos sem capacidade de reflexão ou criação, e inibindo sua consciência crítica, de modo que os educandos, ao invés de se tornarem agentes transformadores do mundo, acabam por serem adaptados a este.

Dessa forma, a práxis libertadora deve buscar superar a contradição educador-educandos, com o fim de tornar ambos, simultaneamente, educadores e educandos, assim devendo a ação do educador humanista identificar-se com a dos educandos, buscando a humanização de ambos e reconhecendo sempre o poder criador dos educandos (FREIRE, 1987, p. 59-62). FREIRE (1987, p. 64-67) entende que a vida humana somente tem sentido na comunicação, de forma que o pensar do

educador somente torna-se autêntico na autenticidade do pensar dos educandos, devendo ambos serem mediatizados pela realidade, ou seja, por uma intercomunicação em torno da realidade, negando comunicados e vivenciando a comunicação.

Ao contrário da educação bancária, que busca imprimir e reproduzir os interesses e a ideologia opressora nos educandos enquanto oprimidos, a educação problematizadora proposta por FREIRE (1987, p. 75) trata-se de um projeto humanista e libertador que tem como ponto central a emancipação daqueles submetidos à dominação, e, concomitantemente, a superação da intelectualidade e consciência de mundo alienante imposta pela classe opressora.

A desconsideração pela educação integral do educando e redução deste à um puro treino pautado num saber compartimentado; onde o educador se comporta como proprietário da verdade silenciando o educando; reforça e fortalece um ensino autoritário com vistas à dominação (FREIRE, 1996, p. 132).

Dessa forma, o autor entende que, se é através da palavra que os homens transformam o mundo e tomam consciência de sua existência humana, o diálogo é o caminho que conduzirá à esta transformação, devendo este diálogo fundar-se no amor, na humildade, na solidariedade, na fé nos seres humanos e no pensar crítico, vindo seu conteúdo programático a não caracterizar-se como uma doação ou imposição pessoal do educador, mas a fundar-se no próprio diálogo, sendo uma construção conjunta entre educador e educandos, com base na realidade e necessidades destes (FREIRE, 1987, p. 77-85)

Diante disso, é preciso que o educando, desde o princípio de sua experiência de aprendizagem, tenha consciência de que também é sujeito da produção do saber, e de que ensinar não se trata de um mero ato de transmissão de conhecimentos, mas de criar possibilidades para a produção e construção do conhecimento, não havendo docência sem discência, pois ambas, apesar de suas diferenças, se complementam através de sua incompletude, não vindo uma a se reduzir à condição de objeto da outra, mas constituindo-se, simultaneamente, sujeitos do processo de ensino-aprendizagem (FREIRE, 1996, p. 24-26).

Nesse sentido, deve-se não só respeitar os saberes que os educandos adquiriram por meio de sua vivência comunitária, como também dialogar estes saberes dentro do contexto do conteúdo programático, para que assim esse saber, essa curiosidade ingênua, ao criticizar-se por meio do diálogo e reflexão sobre a

prática, possa superar o senso comum e transformar-se numa “curiosidade epistemológica” capaz de inovar e defender-se de uma falsa racionalidade (FREIRE, 1996, p. 33-36).

Para tanto, educador e educando devem desenvolver a consciência de seu inacabamento e condicionamento, pois, ao reconhecerem sua inconclusão, estes se inserem num permanente processo social de busca, uma vez que é na inconclusão do ser que a educação se funda como um processo permanente, de modo que os sujeitos da relação de ensino-aprendizagem poderão tornar-se educáveis e capazes de dialogar e inovar apenas na medida em que se reconhecerem seres inacabados (FREIRE, 1996, p. 61-64).

Direito Sanitário

Durante o Regime Militar e até o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde foram caracterizados pelo predomínio das instituições previdenciárias e mercantilização da saúde, vindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a concentrar todas as contribuições previdenciárias e gerir as aposentadorias, pensões e inclusive a assistência médica de todos os trabalhadores formais, o que, concomitantemente, acabou por excluir de sua cobertura os trabalhadores rurais e urbanos informais, gerando assim uma política de exclusão sanitária para com os não filiados à seguridade social (BRASIL, 2007a, p. 24).

Diante de tal quadro, entre 17 e 21 de março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) reuniu em Brasília mais de quatro mil pessoas, das quais mil eram delegados, sendo que 50% (cinquenta por cento) destes eram representantes da sociedade civil organizada, dentre os quais incluíam-se usuários dos serviços públicos de saúde, cujo intuito, mais do que definir os princípios que norteariam a Reforma Sanitária, era o de reformular e ampliar o próprio conceito de saúde e sua tutela estatal (BALSEMÃO, 2003, p. 304). Ao final da 8ª CNS, três foram os principais apontamentos que constaram em seu relatório final, cujo conteúdo deveria guiar a Reforma Sanitária:

- a) A criação de um conceito amplo de saúde;
- b) A configuração da saúde como direito do cidadão e dever do Estado;
- c) A instituição de um Sistema Único de Saúde, pautado pelos princípios

da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (BRASIL, 2007b, p. 27-28).

Assim, fruto das diversas propostas e manifestações do movimento sanitário em conjunto com a sociedade e demais instituições que se opunham ao sistema médico-previdenciário adotado pelo Governo e clamavam por uma Reforma Sanitária pautada nos pressupostos democráticos preconizados pela 8ª CNS, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou o texto dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, consagrando à saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2009a), e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo no art. 198 da Lei Suprema que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 2009a).

A mudança objetivada pelo movimento de Reforma Sanitária foi alcançada graças a um “longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de Saúde, partidos políticos, universidades, instituições de Saúde e políticos, especialmente parlamentares”, vindo o processo de descentralização dos serviços públicos de saúde a associar-se ao de democratização, contrapondo-se à centralização e ao autoritarismo do regime militar (BRASIL, 2007a, p. 29).

Diante desta breve retrospectiva, observa-se que o processo de Reforma Sanitária articulado pelo Movimento Sanitário junto à sociedade civil fora um processo dialógico no qual a classe oprimida (neste caso representada pelos usuários dos serviços públicos de saúde) buscou alterar o paradigma do setor sanitário junto à classe opressora (o Estado e entidades médicas) através do espaço de diálogo proporcionado pela 8ª CNS.

Nesse mesmo viés, a 8ª CNS e a Reforma Sanitária também equivaleram à um espaço de construção interdisciplinar na medida em que contemplaram a participação de diversos atores sociais representantes de entidades e setores

vinculados às várias áreas de saber científico, dentre os quais: médicos, sanitaristas, advogados, sociólogos, psicólogos, políticos, filósofos, etc.

Ademais, as diretrizes de integralidade e participação popular acabaram por implementar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) a perspectiva interdisciplinar e dialógica que impulsionou a 8ª CNS e a Reforma Sanitária.

O princípio da integralidade em saúde observa o ser humano em suas dimensões biológica, psicológica e social, baseando-se na teoria holística, integral, que compreende o homem como um ser indivisível que não pode ser compreendido por seus aspectos físicos, psicológicos ou sociais separadamente, devendo tais fatores serem analisados conjuntamente (CAMPOS, 2003, p. 577). A integralidade contempla o ser humano em sua totalidade, evitando quaisquer argumentos que levem a fragmentação ou redução deste (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 534), em outras palavras, “o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 2009b).

Ao recepcionar o princípio da integralidade no direito à saúde, o ordenamento jurídico brasileiro acabou por adequar-se a ótica da Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 2009). Nesse sentido, o princípio da integralidade rompe com uma visão compartimentalizadora do ser humano, não isolando a saúde apenas ao aspecto físico, mas também vislumbrando seu lado mental e social, de modo que apenas uma cooperação interdisciplinar, que contemple tais esferas do saber e do ser, é que poderá alcançar um estado de excelência sanitária, e, concomitantemente, efetivar integralmente o Direito à Saúde dos indivíduos e da coletividade.

No que tange à participação popular em saúde, a Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990 regula esta, instituindo os dois instrumentos de democracia participativa no SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde.

As Conferências são realizadas a cada quatro anos em um processo ascendente, indo das Conferências Municipais as Estaduais, culminando com a Conferência Nacional de Saúde, cada qual contando com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL,

2009c).

Os Conselhos de Saúde são instâncias de participação popular de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2009c).

Dessa forma, as Conferências e os Conselhos de Saúde tem contribuído efetivamente para uma práxis dialógica no âmbito da saúde, possibilitando o debate e a negociação entre os diversos segmentos que se fazem representar nesta, de modo a tornar o desenvolvimento da saúde um procedimento mais democrático que venha a respeitar a alteridade do próximo diante de sua realidade sanitária, sendo responsáveis por muitos dos avanços em matéria de controle social no SUS (BRASIL, 2007a, p. 37).

A representação paritária entre usuários, profissionais, prestadores de serviço e membros do governo, possibilita o desenvolvimento de uma consciência de inacabamento no âmbito da saúde, tendo em vista que as deliberações tomadas pelos Conselhos e Conferências não partem da perspectiva isolada de um único ator social, mas do diálogo entre os diversos setores que se fazem representar nestes, sendo que, partindo de uma perspectiva freiriana (FREIRE, 1996, p. 61-64), apenas a partir do reconhecimento de sua inconclusão é que os sujeitos do processo sanitário poderão partilhar de um entendimento capaz de inovar e implementar as mudanças objetivadas pelo complexo social.

Entretanto, as intermediações entre direito e saúde não se reduzem ao âmbito político, parlamentar e participativo, mas se estendem a seara acadêmica, onde o diálogo interdisciplinar perfaz um importante veículo de comunicação entre tais saberes científicos.

Com relação às experiências acadêmicas exteriores, em 1981, diante das recomendações da 33ª Assembléia Mundial de Saúde, o Comitê Consultivo de Legislação Sanitária do Escritório para a Europa da OMS criou uma enquete com o objetivo de fundamentar um estudo sobre a situação europeia concernente aos cursos de formação em direito e legislação sanitária, para avaliar, reformular e encorajar os programas de ensino e sua utilização pelos Estados, tendo os resultados de tal enquete apontado a existência de inúmeros cursos, tanto em

instituições médicas como jurídicas, vinculadas ou não às Universidades (DALARI, 1988, p. 331).

O Direito Sanitário é ensinado em todos os Estados europeus, destacando-se seu ensino em pós-graduação na Itália (Faculdade de Direito de Bologna) e na França (Universidades de Bordeaux I, Paris Sud e Lyon I), sendo os cursos destinados aos graduados de várias áreas (direito, medicina, política, engenharia, farmácia, odontologia, etc.) (DALARI, 1988, p. 332).

No Brasil, professores e profissionais do direito e saúde pública da Universidade de São Paulo introduziram o estudo sistemático do Direito Sanitário a partir de 1987, sendo que tais diferentes origens acadêmicas acabaram proporcionando a profundidade necessária para a criação do Centro de Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) e a partir daí definir a grade curricular para um curso de especialização e a institucionalização de um grupo interdisciplinar de apoio à pesquisa em Direito Sanitário, o Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário (Nap-DISA) (DALLARI, 2003, p. 52).

Além disso, também deve se destacar os trabalhos desenvolvidos pela Universidade de Brasília e pela Fiocruz no Rio de Janeiro, de modo que o crescente interesse na disciplina “reflete os anseios da sociedade que busca se atualizar quanto à matéria e exige cursos, palestras, congressos e disciplinas ministradas nas universidades para proporcionar a capacitação de profissionais da área” (BARBUGIANI, 2004, p. 31).

Diante disso, observa-se que o Direito Sanitário tem desenvolvido sua autonomia na medida em que seus princípios, normas, políticas, institutos e conceitos próprios são discutidos e consolidados na práxis social e acadêmica, bem como pelo fato de o Poder Judiciário aplicar esses preceitos em seus julgados e de cada vez mais aumentar o número de obras específicas sobre a área em questão (BARBUGIANI, 2004, p. 40).

Todavia, o Direito Sanitário, enquanto disciplina jurídica, ainda está caminhando para o reconhecimento de sua autonomia, tendo em vista que alguns operadores do direito ainda não se conscientizaram da emergência desse fenômeno (BARBUGIANI, 2004, p. 40). Tal fato pode se justificar em parte devido à cultura positivista dos cursos de direito do Brasil, que optam por uma postura acadêmica tradicional, fechada em si mesma, especializada e com desinteresse para com a realidade social (MARTINS, 2009). Nesse viés, TELLES JÚNIOR (2009) opõe-se à

racionalização dos cursos de direito, manifestando-se em prol do retorno de uma sensibilidade, o qual seria possível através de um resgate da interdisciplinaridade:

A sensibilidade se desenvolve do contato das pessoas com outras áreas. Por isso, é necessário dizer que um jurista que só lida com o direito jamais será um bom jurista. Requer-se muita literatura, artes plásticas, dança, teatro, cinema, psicologia e contato com ciências da natureza para que o operador do direito cumpra bem o seu dever, que é o de garantir a ordem. Em outras palavras, uma formação interdisciplinar é essencial para uma boa atuação do jurista [...] *Lutemos por um ensino interdisciplinar! Lutemos pela liberdade de um conhecimento mais esparso! Estamos cansados da ilusão de que o direito por ele mesmo resolve todas as coisas! Lutemos pela liberação da sensibilidade que existe dentro de cada um de nós, que permite que possamos atuar muito melhor como operadores do direito!* [...]

Nesse sentido, diante da emergência de um saber que abrange questões interdisciplinares que demandam resoluções dialógicas, DALLARI (1988, p. 333) enfatiza:

Todas as instituições de ensino que formam algum tipo de profissional para a área da saúde ou do direito devem assumir a responsabilidade de contribuir para o preparo adequado de profissional competente para atuar nesse campo — o Direito Sanitário — sob pena de serem atropeladas pela História.

Dessa forma, o Direito Sanitário tem se mostrado um importante veículo de comunicação entre as ciências sociais e biológicas, uma vez que, tanto sua constituição como garantia fundamental, quanto seu desenvolvimento acadêmico, partem de um trabalho que envolve agentes de setores vinculados à diversas áreas do conhecimento científico e do saber popular que interagem dentro de um processo de diálogo interdisciplinar, sendo que, negar a autonomia científica e relevância desse campo acaba por negar a própria realidade social na qual tanto juristas quanto profissionais e usuários dos serviços de saúde estão inseridos.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, observar-se que a interdisciplinaridade não deve ser vislumbrada como uma concepção metafísica que prime por um conhecimento global unitário, mas deve ser compreendida como uma imposição histórica, uma prática em andamento, contrária a qualquer homogeneização ou enquadramento conceitual, pois do contrário, caso se busque através da interdisciplinaridade um

novo saber hegemônico, este saber reincidiria no autoritarismo científico do paradigma tradicional.

Entretanto, a intercomunicação necessária à práxis interdisciplinar não deve se limitar ao plano disciplinar, mas deve se estender à relação educador-educando de forma dialógica, de modo que o educador e o educando, através do diálogo e reflexão crítica, juntos venham a elaborar o conteúdo programático desse saber interdisciplinar, baseando-se sempre na realidade e necessidades do educando, respeitando sua autonomia e reconhecendo seu papel enquanto agente produtor do conhecimento e transformador da sociedade.

Um possível primeiro passo para a implementação de um saber interdisciplinar dialógico, pode ser uma rearticulação das estruturas universitárias atuais, relativizando a departamentalização do ensino e criando redes interdisciplinares de pesquisa e extensão onde docentes e discentes de diferentes especialidades e departamentos, juntos atuem em igualdade e liberdade através de uma práxis dialógica que atenda à complexidade do contexto em que se inserem.

Nesse sentido, o Direito Sanitário apresenta-se como um elemento comum entre as ciências sociais e biológicas tendo em vista que sua constituição e estudo trataram-se de uma imposição da materialidade histórica do momento, base de sua interdisciplinaridade, a qual exigiu uma cooperação interdisciplinar e dialógica entre juristas, políticos, profissionais e usuários dos serviços de saúde, para a superação de um sistema então vigente.

Além disso, o Direito Sanitário contribuí para a superação de um modelo disciplinar hiperespecializado de ensino, bem como rompe com uma visão compartimentalizadora do ser humano, e relativiza a departamentalização e burocratização das estruturas universitárias, na medida em que suas redes de ensino são constituídas por grupos de pesquisa e extensão interdisciplinares e a própria concepção de saúde compreende tanto os aspectos, físicos, como mentais e sociais do ser humano, da onde advém a necessidade de uma cooperação interdisciplinar para a efetivação de uma garantia de atendimento integral em saúde.

Contudo, em que pese o Direito Sanitário ser resultado de uma consciência de incompletude por parte de estudiosos e profissionais das ciências sociais e biológicas, que possibilitou o reconhecimento de uma interdependência e o diálogo entre ambos estes campos do saber científico, não se pode deixar de lado seu aspecto extradisciplinar.

Por fim, resta enfatizar que a materialidade histórica atual continua a sustentar o diálogo interdisciplinar em matéria de saúde, o qual tem se desenvolvido e alcançado novas dimensões através de audiências e assembléias públicas, reunindo profissionais das mais diversas áreas das ciências da saúde e ciências sociais, o que demonstra o reconhecimento por parte das mais altas autoridades do Brasil, da interdisciplinaridade e dialogicidade necessárias à resolução das demandas deste setor.

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda F; BRASILEIRO, Maria do Carmo E; BRITO, Suerde M. De O. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. *Episteme*. Porto Alegre. n. 19, p. 130-148, jul/dez 2004;

ALVES, Elizete Lanzoni. A Interdisciplinaridade no Ensino Jurídico: construção de uma proposta pedagógica. In: MONDARDO, Dilsa et al (org.). *O Ensino Jurídico Interdisciplinar: um novo horizonte para o Direito*. Florianópolis: OAB/SC, 2005;

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *História da Educação*. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 1990;

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Direito Sanitário e Saúde Pública*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003;

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O Direito Sanitário na Modernidade – Prenúncios da Autonomia de um Novo Ramo Jurídico. *Revista de Direito Sanitário*. v. 5, n. 2, julho de 2004;

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007a;

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007b;

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 19 de setembro de 2009a;

_____. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2009b;

_____. *Lei 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. Brasília: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 19 de setembro de 2009c;

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.8, n. 2, 2003;

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma Nova Disciplina: o direito sanitário. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. v. 22, n. 4, 1988;

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Direito Sanitário e Saúde Pública*. v 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003;

DEMO, Pedro. *Conhecimento Moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999;

ETGES, Norberto J. Ciência Interdisciplinaridade e Educação. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Org.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000;

FOUNTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*. Brasília. p. 532 - 537, jul/ago 2006;

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987;

_____. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996;

JAPIASSU, Hilton. *Introdução ao Pensamento Epistemológico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992;

JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio. Imanência, História e Interdisciplinaridade. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Org.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000a;

_____. Universidade e Interdisciplinaridade. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Org.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000b;

LEIS, Héctor Ricardo. Sobre o Conceito de Interdisciplinaridade. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*. n. 73, p. 01-23, agosto de 2005;

MARTINS, Floricea de Pinna. *O Positivismo como Obstáculo à Interdisciplinaridade no Ensino Jurídico*. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2116/O-Positivismo-como-obstaculo-a-interdisciplinaridade-no-ensino-juridico>. Acesso em: 19 de setembro de 2009;

MORIN, Edgar. *Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro*. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2004a;

_____. *A Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004b;

_____. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. 2ª ed. Europa-América: Biblioteca Universitária, 1996;

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Carta de Constituição da Organização Mundial da Saúde*. 1946. Disponível em: www.onuportugal.pt. Acesso em: 19 de setembro de 2009;

SANTOS, Sidney Francisco Reis dos. A Vivência da Interdisciplinaridade: uma nova perspectiva para o operador jurídico. In: MONDARDO, Dilsa et al (org.). *O Ensino Jurídico Interdisciplinar: um novo horizonte para o Direito*. Florianópolis: OAB/SC, 2005;

TELLES JÚNIOR, Goffredo da Silva. *Pelo Retorno da Sensibilidade ao Direito*. Disponível em: <http://aldeiajuridica.incubadora.fapesp.br/portal/interdisciplinaridade/interd/pelo-retorno-da-sensibilidade-ao-direito/>. Acesso em: 19 de setembro de 2009;

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência*. 7ª ed. São Paulo: Papyrus, 2008.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A RODA DE DISCUSSÃO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Claudio Alex de Souza Sipriano

Mestrando em Educação junto ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. Bolsista da Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de Santa Catarina – FAPESC.
Endereço eletrônico: claudiocriciuma@yahoo.com.br

RESUMO

O presente texto trata de um relato de experiência de um profissional de enfermagem na utilização da metodologia problematizadora da roda de discussão em educação permanente em saúde, nos encontros com a população e equipe de saúde no espaço da Estratégia Saúde da Família – ESF, localizado no município de Amargosa, no estado da Bahia-BA. A roda de discussão tem como foco a problematização e o envolvimento participativo e colaborativo dos atores que “entram na roda” e, juntos, desenvolvem um processo de aprendizagem, tendo como base a educação libertadora de Paulo Freire. É uma forma de contraposição ao modelo tradicional de saúde, chamado de médico-cêntrico, que tem na dimensão biológica o centro da atenção em saúde, desconsiderando-se a dimensão psicológica, espiritual, cultural, econômica, social do indivíduo. Este modelo, por conseqüência, dificulta à população o acesso às informações de seu próprio processo saúde-doença, não possibilitando-lhe ser ator neste processo. Esta experiência trouxe a possibilidade de se concretizar outro tipo de atenção à saúde e de educação em saúde no contexto da ESF.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Diálogo e Roda de Discussão.

ABSTRACT

This paper is a report of an experience of a professional nursing in the use of the methodology of problem-wheel discussion continuing education in health, in meetings with the population and health staff within the Family Health Strategy - ESF, located in Amargosa municipality in the state of Bahia, Bahia. The wheel discussion focuses on the questioning, collaborative and participatory involvement of the actors who "enter the wheel", and together develop a learning process, based on liberatory education of Paulo Freire. It is a form of opposition to the traditional model of health, called the medical center, which has biological dimension in the center of health care, ignoring the psychological, spiritual, cultural, economic and social conditions. This model, therefore, hinders the population access to information for their own health-disease process, not allowing him to be an actor in this process. This experience has brought the possibility to realize another type of health care and health education in the context of the ESF.

Keywords: Continuing Education in Health; Wheel Talk Dialogue.

Iniciando a caminhada e sua problemática

O texto traz à tona a experiência profissional em Educação em Saúde – entendida como a ação de profissionais da saúde junto à população, visando possibilitar conhecimentos sobre promoção da saúde e enfrentamento da doença - durante um ano e seis meses no nordeste brasileiro, especificamente no recôncavo baiano, atuando como Enfermeiro Facilitador de Educação Permanente em Saúde, em uma Unidade Básica de Saúde [UBS], com a Estratégia da Saúde da Família [ESF] implantada, localizada em um bairro periférico do município de Amargosa-BA.

O que fomentou a discussão que produziu esta experiência foi minha participação, no ano de 2005, no Curso a Distância de Facilitador de Educação Permanente em Saúde, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública e Ministério da Saúde – MS, a proposta do curso era formar facilitadores de educação em saúde visando à transformação da loco realidade em que se atua.

Paralelamente, no mesmo ano participei do Projeto de Extensão Universitária da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Intitulado: “Acolhendo e Humanizando a Atenção Básica em Saúde”, onde o pesquisador/aluno atuava diretamente com os sujeitos usuários, ouvindo suas queixas e necessidades ao adentrarem no serviço de saúde. Ficou evidente, nesse estudo, que muitas vezes os sujeitos iam até o serviço de saúde para buscar informação de seus direitos e funcionamento dos serviços, mas nem sempre eram acolhidos pelos profissionais.

A partir do ano de 2007, como profissional, percebi no dia a dia do trabalho com a equipe, e na busca de um relacionamento dialógico nos encontros com a população e no exercício de ouvi-los, a possibilidade de criação de vínculo e a troca de saberes. O que chamou a atenção foi o fato da pouca participação popular e a falta de informação dos direitos à saúde das pessoas que procuravam a UBS, sendo esse o nó crítico que motivou a reflexão da problemática da referida experiência no nordeste brasileiro.

O direito à informação é um passo para a concretização da democracia que, inúmeras vezes, está em segundo plano nos encontros interpessoais, nas diversas áreas do setor saúde. A política Nacional de Comunicação e Informação na Saúde, resultado da 12ª Conferência Nacional de Saúde - CNS (2003), dentre outros requisitos, coloca que esta serve para melhorar os processos de trabalho em saúde,

resultando num Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para:

[...] os cidadãos, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (MS, CNS, 2003, p18).

No que tange à realidade do sistema, nem sempre é assim que ocorre. Em determinada ocasião, no projeto supra citado, um cidadão, relatando que foi em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde para a qual foi convidado, fala:

“... fui à reunião nem sei para que, fiquei lá como “mosca tonta”, pensei que ia poder dar minha opinião, que nada, a moça falou tudo que queria, e no fim da reunião só perguntou se alguém tinha alguma pergunta. Perguntei. Resumindo isso tudo, onde eu entro nessa história? Sei lá, essas reuniões parecem coisas prontas, nem temos voz e vez” (J.A).

O relato anterior exemplifica o direito negado à participação popular efetiva, no processo de tomada de decisões. O sujeito passa a ser um mero espectador, está ali somente para somatório. Como se não tivesse a capacidade cognitiva de expressar opiniões. Geralmente, nos encontros com os usuários nos diversos setores da saúde, são repassadas todas as informações até “encher a cabeça” do sujeito, como se fosse uma caixa registradora. Essa prática, além de inviabilizar o processo de participação popular, caracteriza-se como educação bancária (FREIRE, 2005).

Entendo que o encontro do profissional de saúde e os sujeitos que procuram o serviço de saúde é permeado por dúvidas, dor, angustia e subjetividades que, muitas vezes, não são levadas em consideração. É somente o conhecimento dos profissionais de saúde que tem valor, sendo que estes se consideram os detentores do saber e dominam o discurso, desvalorizando a cultura, subjetividade e o conhecimento dos sujeitos, gerando conflitos entre o saber técnico - científico e o saber dos sujeitos comuns, dito como conhecimento popular.

Falando a respeito desse encontro, Santos et al (2005. p. 69) dizem que:

É permeado pela dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhadores e usuários. Enfim, há um mundo complexo a ser pesquisado que envolve sobre tudo a produção do cuidado.

É claro que são vários os entraves encontrados pelos profissionais no processo de trabalho, como: o trabalho não realizado em equipe, o atendimento do sujeito fragmentado e centrado no saber médico, além de problemas de infraestrutura e assuntos que tangem aos direitos trabalhistas, principalmente os baixos salários e a falta de um plano de cargos e salários factível. Embora estas sejam peças no contexto do trabalho em saúde, não podem servir de justificativa para a falta de “mão dupla” nos encontros com os sujeitos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Por outro lado, penso que as instituições formadoras em saúde, majoritariamente, não preparam os profissionais para ouvir as queixas dos sujeitos cuidados, e sim preparam para que cada queixa tenha uma conduta paliativa, não analisando sua historia social como um todo, ficando o diálogo a mercê do acaso e a necessidade do sujeito é atendida por uma receita médica, fármaco e a tão almejada requisição de exames, característica do modelo curativista.

Este modelo vigente de atenção à saúde, colocado em forma de pirâmide que tem como foco o modelo médico-cêntrico ou curativista, baseado na especialização profissional e na fragmentação do sujeito, não vê o sujeito como ator incluso no processo de trabalho, apesar de o ser, situando-o como mero espectador. O tratamento feito, na maioria das vezes, é apenas paliativo, do tipo queixa-conduta ou, para cada sintoma, um medicamento, de modo que o problema de fundo de quem está buscando o atendimento não é enfrentado (CECÍLIO, 1997).

Acredito que se na rede básica de cuidado todos os atores estivessem “tocando a mesma melodia”, seríamos capazes de dar uma reviravolta no atual quadro de saúde. Temos que fazer diferente, pensar coletivamente, não podemos ficar de braços paralisados e mãos longes umas das outras, e sim, caminharmos juntos, de mãos dadas, agregando outros setores **além do serviço de saúde**.

Dentro desta lógica intersetorial de compreender as concepções de saúde, no ano de 2004 foi criado o Departamento de Gestão da Educação e Saúde – DEGES, instituindo a Portaria nº 198 GM/MS que regulamenta a Educação Permanente em Saúde – EPS. Uma das premissas da EPS são as Rodas de Discussão em Saúde, considerando o quadrilátero: órgão formador (discente e docente), gestores, trabalhadores e usuários, na qual a base de todo o processo pedagógico se fundamenta na relação dialógica.

Talvez seja este um desenho possível de pensar educação em saúde, para se chegar o mais próximo do ideal para fazer saúde com democracia e descentralizá-la do saber somente técnico, dando voz e vez para outros atores, e estabelecer uma relação de diálogo.

O diálogo feminiza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e, nele, ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes “admiram” um mesmo mundo, afastam-se dele e com ele coincidem, nele põem-se e opõem-se (...). O diálogo não é produto histórico, é a própria história (FIORI, 2005, p.16).

Como escopo da discussão, me sustendo na atual proposta de Educação Permanente em Saúde, que tem como foco a Educação em Saúde, sitiada por diversos atores no processo de cuidar e fazer saúde. Acerca dessa temática, o Ministério da Saúde, quando trata da Educação Permanente na Saúde, coloca que durante o processo educativo deve-se basear na aprendizagem significativa que:

Acontece quando o aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significa acumulamos e renovamos experiências (MS, EPS, 2005, p.11).

Neste contexto, o objeto do presente relato é demonstrar como se processou a aplicação na prática, no dia a dia do trabalho, a Metodologia da Roda de Discussão em Educação Permanente em Saúde realizada por este enfermeiro, e como esse processo educativo tem contribuído para fomentar a participação e a inclusão dos sujeitos–usuários como atores do processo de trabalho em saúde.

Fundamentando a caminhada: pensando a educação em saúde.

Pensar a saúde como algo libertador, acrescido de que somos capazes de fazer diferente, pensar diferente, é um grande desafio para projetar o atual modelo de educação em saúde de forma a ser mais humanizado e democrático. É preciso pensar educação em saúde em outra lógica. Perna (2000, p.102) menciona que o “termo educação tem origem no latim, *exducere*, **conduzir para fora**, pretendendo indicar o sentido de **provocar para que aconteça uma mudança de dentro para fora**”. Podemos pensar este sentido de educação juntamente à

compreensão que Paulo Freire (2010, p.52) tem do processo educativo, quando afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua construção”. Freire acredita que cada ser humano deva participar na elaboração de seu processo educativo. A proposta freireana implica em uma metodologia diferenciada e motivadora, em que as conquistas das ânsias populares são resultados de transformações radicais na sua individualidade, mas individualidades tecidas na coletividade. Não é apenas um método de alfabetização, ou um norte para pesquisa, mas uma forma de evidenciar os conflitos, pois considera o processo educativo implicado em um processo de politização. Isso só é possível indo além do método e incorporando-o como Sistema de Educação. Maciel (1983, apud WOSNY, 1994, p.12) diz que:

Quando operamos o Sistema Paulo Freire de Educação, estamos lidando com a categoria social de comunicação. [...] A categoria fundamental dentro de que está mergulhado o Sistema Paulo Freire de Educação é a categoria sociológica e antropológica de comunicação.

Dentro dessa perspectiva, desenvolvi uma prática educativa baseada no referencial pedagógico de Paulo Freire, por entender que a saúde e a educação caminham juntas. A proposta foi encaminhada no sentido de estabelecer um processo de comunicação congruente do enfermeiro e demais integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família com a população.

Acredito que a proposta de educação dialógica e problematizadora de Paulo Freire podem contribuir no sentido de despertar na população as idéias de luta pelo direito à saúde, pois faz do educando sujeito do pensar, em que o educador-educando (profissional de saúde) e educando-educador (população) relacionam-se intrinsecamente.

A educação, segundo Paulo Freire,

tem como objetivo promover a ampliação da visão de mundo e isso só acontece quando essa relação é mediatizada pelo diálogo. Não no monólogo daquele que, achando-se saber mais, deposita o conhecimento, como algo quantificável, mensurável naquele que pensa saber menos ou nada saber. A atitude dialógica é, antes de tudo, uma atitude de amor, humildade e fé nos homens, no seu poder de fazer e de refazer, de criar e de recriar (FREIRE, 2010, p.81).

Nessa relação íntima de diálogo com o educando ambos se educam, não só o educador, estabelecendo entre nós (eu como profissional, profissionais da equipe e a população) uma relação igualitária, sem esquecer suas diferenças.

Segundo Freire (2002, p.78):

[...] a educação como prática de liberdade não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos, não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é a “perpetuação dos valores de uma cultura dada”; não é o esforço de adaptação do educando ao seu meio. Para nós, a educação como prática de liberdade é, sobretudo e antes de tudo, uma situação verdadeiramente gnosiológica. [...] Educador-educando e educando-educador, no processo educativo libertador, são ambos sujeitos cognoscentes diante de objetos cognoscíveis, que se mediatizam.

O que Freire (2002) esclarece é que o processo educativo deve acontecer a partir dos saberes adquiridos nas próprias experiências das pessoas que se educam. Estes saberes, então, serão o substrato para os indivíduos construir outros saberes, mais elaborados, rumo ao que chama de consciência epistemológica, sempre mediados pelo diálogo. A consciência ingênua seria aquela elaboração primeira sobre um objeto, ao nível de como ele aparece. A consciência epistemológica seria a elaborada para além do objeto, inserindo-o em suas múltiplas determinações, situando-o e fazendo o sujeito situar-se no mundo.

O educador-educando seria o mediador para que os educando-educadores possam construir esta consciência, a que o educador-educando já atingiu em relação aos objetos foco de ensino-aprendizagem. Veja-se que, na educação freireana, some a polaridade professor – agora tido com educador-educando – e aluno – agora tido como educador-educando – justamente porque na relação dialógica as intervenções do “aluno” ajudam ao professor re-elaborar o que sabia do objeto a ser conhecido e, desta forma, a re-elaborar sua práxis.

Então, ambos ensinam e aprendem, mas cada um o faz segundo o seu lugar específico na relação educativa. Por isto, para Freire há diferenças entre professores e alunos, mas estas diferenças não precisam ser vistas como desigualdades, ou seja, não devem estabelecer hierarquia entre os dois sujeitos. O diálogo seria esta problematização do mundo, o pronunciamento do mundo, elaborado entre os homens em relação, rumo à consciência epistemológica, condição para a conscientização e para a libertação da condição opressora.

Sistema Único de Saúde: e o diálogo? Da pirâmide para o círculo

O atual Sistema de Saúde é resultado de um processo histórico de lutas e discussões sobre saúde. Nos anos de 70 e 80 do século XX, ocorreu um movimento chamado “movimento sanitário”, liderado por representantes de diversos segmentos sociais como: profissionais de saúde (enfermeiros, médicos etc), donas de casas, grupos religioso, sindicalistas, dentre outros. Esses cidadãos estavam cansados de viver em situações sociais vulneráveis e sem acesso de todos à saúde, pois a saúde era somente para quem tinha melhor poder aquisitivo, por assim dizer. Visando melhores condições de atendimento e um sistema que atendesse ao coletivo, a ideia norteadora era que o governo e a sociedade criassem mecanismos que garantissem saúde para todos.

Em 1988 foi determinado na Constituição Federal, que saúde é direito de todos e dever do Estado. “Nasce” então em 1990 o Sistema Único de Saúde, após aprovação no Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 e a Lei nº 8142, que garante a participação popular no Sistema de Saúde.

Vivenciamos atualmente no SUS o modelo de educação em saúde curativista ou médico-cêntrico, onde o ouvir o sujeito e resgatar seu conhecimento é raro, ficando o direito às informações negadas inúmeras vezes, resultado do modelo cartesiano de se fazer saúde.

Pouco é feito pelos profissionais de saúde para criar mecanismos dialógicos com a comunidade, visando estabelecer um processo de troca de saber, são realizadas somente atividades programadas de acordo com as patologias prevalentes (os ditos Grupos Operativos Terapêuticos - GOTS) evento que ocorre principalmente nas Estratégias da Saúde da Família.

Faria (1999) em um texto intitulado “O diálogo entre intersubjetividades na saúde” expõe a importância do processo comunicacional no processo de trabalho na saúde e na enfermagem. Coloca que o processo comunicacional proporciona no momento circunscrito da ação terapêutica, seja ela individual ou coletiva, a possibilidade de atender as necessidades dos sujeitos, pois tal encontro é permeado pela ação dialógica (FARIA, 1999).

Talvez seja a falta do diálogo o grande nó crítico no atual modelo de educação em saúde, o que faz com que o profissional privilegie os dados biológicos dos sujeitos nos encontros do espaço circunscritos na Unidade de Saúde,

esquadrinhando o sujeito em partes biológicas, detendo toda a atenção na parte que dói, esquecendo do sujeito como um todo, o ser pensante, crítico, possuidor de cultura, religião, dentre outros.

Falando do diálogo, Fiori enfoca que “o diálogo é então, esse encontro dos homens, medializados pelo mundo. E, conseqüentemente, a cada ser humano impõe-se o desafio do aprender a dizer a sua palavra, como exigência fundamental de sua humanização. É a partir dessa pronúncia singular que nós nos tornamos sujeitos históricos capazes de construir intersubjetivamente uma sociedade em comunhão de objetivos e vivências” (FIORI, 2005, p.5).

Criou-se o encurtamento do diálogo dos sujeitos usuários com os profissionais de saúde e entre profissionais x profissionais. O corre-corre dos profissionais para atender o mais rápido possível determinado número de pessoas, faz com que haja uma demanda reprimida e desordenada de encaminhamentos a especialistas e a fragmentação do processo de saúde e de educação em saúde, privilegiando a parte corporal, não o sujeito visto com um todo.

Para discorrer a respeito da educação em saúde, acredito ser necessário re-visitar o modelo vigente de atenção à saúde, este colocado em forma de pirâmide que tem como foco o modelo médico-cêntrico baseado na especialização profissional e na fragmentação do sujeito.

Cecílio (1997 p 475), enfoca que:

A pirâmide só faz sentido, no senso comum, quando vemos sua base mais larga voltada para baixo e a mais estreita para cima. A sua imagem contrária, apresentada de forma invertida, dá idéia de instabilidade e transmite a sensação de que algo está errado. Assim, associar o modelo assistencial à figura da pirâmide nos coloca em uma armadilha dos sentidos, que fatalmente nos faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema e número crescente de atendimento que podem dar a impressão de que a população está sendo atendida em suas necessidades, mas, de fato, não está. O tratamento feito, na maioria das vezes, é apenas paliativo, do tipo queixa-conduta ou, para cada sintoma, um medicamento, de modo que o problema de fundo de quem está buscando o atendimento não é enfrentado.

A respeito da atenção, Cecílio (1997 p 471), coloca que

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios.

É claro que não podemos pensar que é somente a rede básica que vai dar conta de atender todas as necessidades da saúde, mas necessita-se ter um sistema resolutivo em todas as instâncias da saúde.

O referido autor defende, então, o círculo, pois pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz.

Resultado da caminhada: Roda de discussão e contribuição para a Educação em Saúde libertadora

Apontar nas entrelinhas a importância do diálogo nos encontros entre os diversos atores da saúde, e a necessidade de repensarmos o atual modelo de educação em saúde que vivenciamos foi a grande problemática que me motivou como enfermeiro e profissional da saúde, a buscar em outras fontes de informação além das propriamente ditas referências da saúde, informações que não fossem as tradicionais que são voltadas para a dimensão orgânica e reducionista do corpo, que quase nada fomentam o diálogo e a participação popular. Foi na proposta da educação libertadora de Paulo Freire que encontrei um novo olhar no cuidar e compartilhar saberes, com a equipe de trabalho e com a população.

O conhecimento da metodologia problematizadora de Freire, vinculado à experiência de ser Facilitador de Educação Permanente em Saúde, adotando o princípio da Roda de Discussão, como método de condução dos encontros com a população, contribuíram para encarar a realidade do atual modelo de saúde de uma forma mais humana e acolhedora.

A utilização da Roda de Discussão em Educação Permanente aconteceu de forma processual. À medida em que conhecia a realidade social, cultural, política e o sistema de saúde local, pude avaliar a melhor forma de condução do trabalho com a metodologia de rodas dentro do processo de trabalho em saúde. A acolhida que recebi do gestor de saúde, dos profissionais e, principalmente da população, foram positivas e determinantes, para adotar o princípio da roda de discussão dentro do processo de trabalho na Estratégia da Saúde da Família – ESF.

Como coordenador da ESF, tinha a tarefa de conduzir as reuniões de equipe, o que possibilitou ainda mais fomentar a proposta da roda de discussão. No

entanto, parti da ideia de entender o que os profissionais da ESF do bairro Katiara, onde eu prestava serviço, sabiam da roda de discussão de educação permanente em saúde.

Adotei como método, para melhor compreensão e conhecimento dos sujeitos profissionais, a realização de reunião de equipe todas as quartas-feiras do mês, sendo que participavam das reuniões: 09 agentes comunitários de saúde (ACS), 03 técnicas de enfermagem, 01 médico (destaco que esse profissional nem sempre estava presente nas reuniões devido outras atividade), 01 odontóloga (essa também nem sempre estava, pois morava em outro município além de ter a carga horária na unidade de saúde diferenciada).

No decorrer da caminhada percebi, através da observação e de uma enquete que realizei com os profissionais da equipe (em que questionava: o que sabiam de educação em saúde? E o que é roda de discussão?) que a grande maioria dos profissionais nunca ouviu falar do termo, mas entendia que era algo que envolvia as pessoas dentro de um círculo.

Em nossa primeira reunião levei um texto, que tratava da Educação em Saúde na ótica de Paulo Freire e a Roda de Discussão, em que a discussão apontava para um caminho de resolução de problemas coletivos em saúde, através do planejamento dentro da roda de educação permanente. Participaram desse encontro: 09 agentes comunitário de saúde, 02 técnicas em enfermagem, 01 odontóloga. Esse encontro foi o “pulo do gato” para iniciar a aplicação da roda de discussão. Neste encontro, por sugestão dos profissionais, foi solicitado que mudássemos o nome, reunião de equipe, para roda de discussão. Fiquei muito empolgado com essa iniciativa, pois aferiu outro valor filosófico aos encontros nas quartas-feiras, e essa é a proposta da educação libertadora, os sujeitos se tornarem ativos, capazes de modificar sua realidade.

Quando apresentei a proposta de na roda de educação em saúde agregar o chamado quadrilátero em saúde (gestor, profissionais, instituições de ensino, população), houve uma aceitação ainda maior, pois os agentes comunitários de saúde demonstraram-se muito desmotivados e indignados com a maneira com a qual o gestor municipal os tratava, eis a fala de um agente: **“Como vamos fazer para a gestora vir até aqui, ela nem sai da sala dela, quando vamos lá é difícil falar com ela, está sempre ocupada”** (ACS X). Após a fala sugeri que fizéssemos um planejamento estratégico das necessidades logísticas que a ESF estava

precisando e convidássemos a Secretária Municipal de Saúde para participar da Roda de Discussão. Ainda nesse encontro foi realizado a pactuação com os ACS e Técnicos em Enfermagem, para que refletissem sobre seu ambiente de trabalho, dando sugestões para melhoria, fazendo anotações para serem discutidas na próxima roda de discussão.

A próxima roda de discussão teve como objetivo realizar a problematização da logística da ESF e discutirmos a forma de chamarmos a gestora para sentar em roda para apresentarmos a proposta de planejamento. Nesse momento foram divididas tarefas e responsáveis para realizá-las. Foi feito um quadro esquemático dos problemas em um papel, com a dimensão de 06 metros quadrados sobre a lógica do MAPP (um método rápido e prático de planejamento, que envolve 15 passos), que apontava os problemas levantados das mais variadas ordens pelos profissionais, sendo esse o instrumento didático a ser apresentado para a gestora. Fiquei encarregado de fazer um convite digitado, para ser entregue pelos ACSs à gestora, sendo este convite com entrega formal à maneira escolhida para nos aproximarmos da gestora. Finalizamos esse dia com a reflexão da música do cantor baiano Raul Seixas, intitulada “Metamorfose Ambulante”.

A escolha dessa música fundamenta-se por focar em sua letra que estamos em mudança permanente, que não somos seres inertes ao mundo, mas somos sujeitos do mundo, que a partir da leitura do mundo, somos capazes de transformar nossas práticas do cotidiano. A música suscitou nos membros da equipe, o despertar crítico de termos nossas opiniões dentro de um determinado grupo e que somos atores cognoscentes dentro do processo de trabalho, não mera metamorfose ambulante. Na fala de com a técnica de enfermagem X, isso se evidencia:

“entender que sou atora dentro da roda, e que posso contribuir para a mudança, é o que me motiva vim trabalhar todos os dias na ESF, saber que sou importante para comunidade do bairro”.

Em outro encontro o ponto de pauta da roda de discussão foi: como foi a entrega do convite para a gestora de saúde, e a estratégia de envolver a comunidade no processo da roda de discussão como prática de educação em saúde. A entrega do convite aconteceu pelos agentes de saúde que foram na sala da Gestora de Saúde e formalizaram a entrega, e falaram do que se tratava e explicaram superficialmente os princípios da roda de discussão. A gestora agendou

uma data, 15 dias após a entrega do convite, para ir até a ESF participar da discussão e ver a proposta. Quanto à participação popular no processo da roda de discussão, foi sugerida por um ACS que procurássemos o líder do conselho local de saúde, sendo que ele próprio era um conselheiro, representante dos profissionais de saúde. Ficou pactuado que eu e o ACS iríamos procurar os conselheiros locais de saúde para expormos a proposta.

Conseguimos agendar uma reunião com os representantes do conselho local de saúde na ESF, após o término das atividades de trabalho. Na reunião estavam presentes o presidente do conselho, a secretária, o tesoureiro, e dois representantes dos profissionais de saúde, o ACS e o médico da unidade. A reunião durou cerca de 1 hora e 20 minutos. Iniciou com uma apresentação rápida, em seguida com minha fala, sobre a importância da reunião com os líderes locais e explanei a proposta da roda de discussão e passei a palavra para o presidente do conselho local de saúde. O mesmo relatou que a proposta é muito boa, e sugeriu que reuniões como essas fossem realizadas com mais frequência, e questionou como iríamos fazer acontecer às rodas de discussões com a comunidade.

O médico da unidade, na condição de conselheiro, tomou a palavra, e sugeriu que fizéssemos um grupo de discussão em saúde com cada grupo de portadores de agravos de saúde. A ideia dada pelo médico foi muito questionada pelos presentes, até que o ACS tomou a palavra e sugeriu que déssemos um nome para esse grupo, que não dividíssemos os sujeitos por patologias. Tomei a palavra e sugeri o seguinte nome: “Grupo de saúde e discussão do SUS”, todos aprovaram o nome. A próxima etapa foi ver a forma de como iríamos realizar isso no dia a dia do trabalho. O presidente sugeriu que os profissionais da ESF organizassem o grupo e organizassem um cronograma de tarefas com datas, e o conselho de saúde ficaria responsável de divulgar para a comunidade.

Em outro momento em reunião com os profissionais da ESF foi apresentada a proposta do presidente do conselho local de saúde e o nome do grupo. Todos estavam de acordo com o nome e passou-se à discussão do cronograma de atividades e como iria acontecer a chamada da população para sua participação. Os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis por comunicarem os moradores de suas microáreas. Fiquei encarregado de conduzir os encontros, e nossa primeira reunião com a comunidade teve como tema: Os direitos

e deveres dos usuários no SUS, que aconteceu após a reunião com a gestora municipal de saúde, descrita abaixo.

Chegado a hora e realizamos a reunião com a gestora de saúde a convite da equipe e como já enfocado, que o convite foi entregue pelos ACSs, e a gestora pode comparecer 15 dias após a data de entrega: nessa roda de discussão convidei a diretora de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do município para participar também e o conselheiro local de saúde, todos compareceram. Iniciamos com uma dinâmica conhecida como a do cordão, que tem como ideia geral envolver as pessoas dentro de uma rede de responsabilidades, pois ao fim da dinâmica o rolo de cordão forma uma teia ininterrupta.

Após a dinâmica a gestora tomou a fala, parabenizou a equipe pela iniciativa, e relatou nunca haver participado de uma reunião em ESF em que estivesse reunido o representante do conselho local; enfocou que era a presidente do conselho municipal de saúde e que essa experiência havia servido de exemplo para ser levado para o conselho municipal de saúde. Foi apresentado o planejamento realizado pela equipe e, em seguida, discutidos no coletivo. A gestora demonstrou muito interessada na proposta da equipe, de reestruturar a logística da unidade e de criar as rodas de discussão.

Na oportunidade, falei da roda de discussão, e do encontro que planejamos com a comunidade e convidamos a gestora a participar. A mesma aceitou o convite, e relatou que dali para a frente estaria dentro da roda de discussão junto com todos, e me convidou para ir até sua sala em outro momento para falar-lhe da proposta da roda de discussão. Entreguei, na oportunidade, para a mesma, material que falavam de educação permanente e das rodas de discussão.

O grande dia, o encontro com a população: a expectativa era grande, pois não tínhamos noção do número de pessoas que iria vir. Mas chegou a hora, tudo estava organizado, no local, os bancos organizados em forma de roda, e uma mesa preparada pelos agentes de saúde, com várias frutas para serem degustadas no final da reunião por todos, ideia esta da gestora municipal. Foram chegando os primeiros participantes, recepcionados no portão da ESF, gente simples, com olhar desconfiado, mas com uma alegria que nunca vi igual. Quando olhei para os bancos, já estavam quase lotados, cerca de 45 pessoas, mas não parava mais de chegar gente, teve gente que ficou até em pé. Segundo o levantamento dos ACSs, compareceram, entre gestora e sua equipe e população, cerca de 170 pessoas.

Iniciei a condução da roda de discussão, falando quem eu era, o motivo pelo qual estávamos reunidos, em seguida, pedi para cada um falar os seus nomes, e assim se fez. Quando iniciei a fala, e coloquei que o assunto era sobre os direitos e os deveres dos usuários do SUS, um senhor de idade, conhecido como “Roque”, comentou: **“senhor, essa reunião é das boas, a gente até pode dizer o nome e a chefe da saúde está aqui no meio de nós”**. Nem tive palavras, pois esse era justamente o foco do encontro, trabalhar a subjetividade dos sujeitos, no sentido de eles se sentirem atores do processo, não meros espectadores. E nesse clima a reunião fluiu, à medida que eu ia colocando os assuntos, os questionamentos iam surgindo.

Ao final desta roda de discussão fizemos um cronograma de atividades educativas a serem desenvolvida no tempo de nove meses com a comunidade. As atividades envolviam: teatros nas escolas do bairro, rodas de discussão em campos de futebol, rodas de discussão na ESF, roda de discussão com gestantes, rodas de discussão com homens acima de 40 anos, rodas de discussão com adolescentes dentre outras. Ressalto que os temas das rodas não eram levantados somente pelos profissionais, criamos na ESF, um caderno de sugestão da comunidade de temas e locais para serem realizadas as atividades.

Essa proposta foi válida, pois dentro da lógica de Freire estávamos criando um espaço de diálogo e de respeito de opiniões, pois para dar opiniões os sujeitos tem que refletirem sobre a realidade onde se esta inserido. O que chamou atenção foi à iniciativa de uma adolescente, ter me procurado na ESF e se disponibilizado para tomar conta do caderno de sugestões da comunidade, gostei da ideia e oportunizei esse processo. Por motivos de estudo ela permaneceu por 3 semanas na ESF, e o caderno de sugestão da comunidade ficou aos cuidados das técnica em enfermagem da ESF. O processo de sugestão da comunidade nos primeiro mês foi considerado razoável, e aumentou conforme íamos desenvolvendo as atividades propostas.

No período de um ano e seis meses que prestei serviço na ESF, percebi que a comunidade deixou a timidez de lado e começou a cobrar seus direitos de saúde, através de questionamentos, sobre fluxos de encaminhamentos, como funcionavam os programas do SUS, qual o papel dos profissionais, apontamentos feitos principalmente nas rodas de discussão, mas que estava presentes no dia a dia de trabalho. Em um determinado momento na ESF, uma senhora que participava

assiduamente das rodas de discussão procurou-me para solucionar um agravo de saúde de seu esposo que era acamado e não estava recebendo visita domiciliar do médico do ESF, e questionou: *“olha pelo que pude aprender nas reuniões do posto (nas rodas), a visita domiciliar é função do médico fazer, e nosso direito receber, vim aqui cobra o meu direito de moradora do bairro e de cidadã, como fica agora?”* Penso que a reivindicação feita por essa senhora, da pista que algo foi despertado na comunidade através das rodas de discussão, talvez a possibilidade de ler o mundo de outra forma e sentindo-se incluído como ator capaz de modifica-lo.

Acredito que essa prática em si não foi suficiente para a conscientização de todos os sujeitos do bairro, mas os sujeitos que entraram na roda demonstravam mais consciência de seus direitos e de seus papéis como cidadãos. A roda além de servir de espaço de diálogo com a comunidade contribuiu para integração dos profissionais.

Essa foi basicamente a caminhada para a aplicação da roda de discussão nesta unidade de saúde. Ficou evidente nos encontros com os profissionais e a população sua satisfação em serem ouvidos e colocados como atores dentro do processo, +segundo a lógica de Freire.

Destaco que a postura do profissional que conduz a roda precisa ser a mais verdadeira possível, e que os encontros com a comunidade requerem muita paciência e dedicação, no entanto, devemos dar importância para todos os sujeitos e é fundamental incluir o respeito por suas opiniões dentro das práticas de educação em saúde. Penso que a roda de discussão estimula o vínculo dos profissionais com a comunidade, e serve como ferramenta importante do processo de trabalho na saúde, sendo que o diálogo nela estabelecido tem “mão dupla” e todos são atores. Finalizo esse texto com o dizer de Freire (2002): “Ninguém educa ninguém, os homens se educam em comunhão”.

REFERÊNCIAS

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p. 469-478, Jul./Set. 1997.

FARIA, M, Eliana. O dialogo entre as intersubjetividades na saude. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**, Florianópolis: Papa Livros 1999. P. 121-150.

FIORI, M. Ernani. Aprender a dizer a sua palavra. In: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 48 reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. P. 07- 22.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. 41ª reimpressão. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 48ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **A política Nacional de Comunicação e Informação na Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003. P. 67.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 35 p.

PERNA, P. V. **O controle social na ponta do SUS: o caso de Pontal do Sul – Município de Pontal do Paraná - PR**. 2000. 128 f Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) UFSC/UFPR, Curitiba.

SANTOS, Henriette et al. **O processo de trabalho em saúde - Unidade de Aprendizagem: Trabalho e relações na produção do cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

WOSNY, A. M. **Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde**. 1994. 149 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

ENFERMAGEM NO PRESÍDIO: ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Mágada Tessmann Schwalm

Mestre em Educação, Doutoranda em Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, NEPIES/LADSC- UNESC
mts@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, NEPIES/LADSC- UNESC
luk@unesc.net

Suzane Raquel Périco

Mestranda em Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, NEPIES/LADSC- UNESC, susaneperico@unesc.net

José Otávio Feltrin

Mestre, Curso de Enfermagem, NEPIES- UNESC, bimbauru@unesc.net

Iona Vieira Bez Birolo

Mestre em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Criciúma/SC, 88860-000. NEPIES – UNESC,
ionavieira71@hotmail.com

RESUMO

Trata-se do relato de experiência de um curso de graduação em Enfermagem onde ensino, pesquisa e extensão foram realizadas a partir da assistência de enfermagem em uma prisão do município, como estratégia para a formação do Enfermeiro. O projeto teve início em março de 2011 e prorroga-se até os dias atuais. Participam 1.100 detentos, 40 agentes prisionais, 50 acadêmicos e cinco docentes. As ações desenvolvidas foram consultas de enfermagem com mulheres e coleta do preventivo do câncer ginecológico e de mamas, rastreamento de hepatite, DST/AIDS, tuberculose. Foi realizada coleta de sangue para processamento de PSA de 110 homens com idade superior a 40 anos. Foram estabelecidos perfil dos atores sociais encarcerados segundo a participação no cuidado de enfermagem. A experiência revela a importância do ensino, pesquisa e extensão serem interligados como redes, a fim de que todos sejam solidificados e tenham maior eficiência, eficácia e efetividade para a formação profissional.

Palavras-chave: Prisões; Enfermeiros; Ensino.

ABSTRACT

One is about the experience story of a course of graduation in Nursing where education, research and extension had been carried through from the assistance of nursing in an arrest of the city, as strategy for the formation of the Nurse. The project had beginning in March of 2011 and is prorogued until the current days. 1,100 prisionais prisoners, 40 agents, 50 academics and five professors participate. The developed actions had been consultations of nursing with women and collect of the preventive of the gynecological cancer and breasts, tracking of hepatitis, DST/AIDS, tuberculosis. Also the 40 years had been carried through collections of blood for processing of PSA of 110 men with superior age. They had been established profile of the men and private women of freedom according to participation in the care of

nursing. The prison agents had participated of education in health on boarded subjects for they themselves. The experience discloses the importance of education, searches and extension to be linked as nets, so that all are made solid and have bigger efficiency, effectiveness and effectiveness for the professional formation.

Keywords: Arrests; Nurses; Education.

INTRODUÇÃO

As ações inerentes à Enfermagem querem sejam administrativas ou assistenciais, dadas às especificidades do Sistema Penal, se diferenciam na sua aplicabilidade da realidade extramuros.

Dada à importância da atenção de saúde deste grupo específico, os Ministérios da Justiça e da Saúde instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003 que prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (SILVA, 2008)

As Leis e Diretrizes Básicas da Educação Brasileiras exigem que a formação do Enfermeiro seja generalista e voltada ao atendimento do SUS – a tudo que diz respeito ao seu território, dentre os quais os presídios. A universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, conseqüentemente, pela ESF, vem proporcionado a milhões de brasileiros a acessibilidade e acesso a ações e serviços saúde, e é este modelo de atenção à saúde que vem permitindo a maior inclusão social, política e econômica a uma política sanitária (ROSENSTOCK, 2010). A enfermagem, por se caracterizar como uma profissão dinâmica necessita de uma metodologia que seja capaz de refletir tal dinamismo.

O processo de enfermagem (sistematização da assistência de enfermagem- SAE) é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições (ANDRADE, 2005). Na Universidade se utiliza o método OTDPIA (Ouvir, Tocar, Diagnosticar, Planejar, Implementar e Avaliar). A aplicação do método proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas demandas terapêuticas, e, além de ser aplicado à

assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem.

Ouvir em nosso entendimento é mais do que escutar, trata-se da possibilidade do enfermeiro a partir do arcabouço de conhecimento que detém, poder qualificar a fala do ator social que lhe fala. Os termos muitas vezes pejorativos citados pelos pacientes não são descritos na sua íntegra mas a partir deste conhecimento, por exemplo se o paciente referir estar com “Chia” é descrito que o paciente refere sibilo, uma vez que o enfermeiro tem conhecimento suficiente para compreender que trata-se deste evento.

O Tocar refere-se não apenas ao exame físico, mas a tudo o que o enfermeiro encontra a partir da utilização dos métodos propedêuticos (inspeção, ausculta, percussão e palpação). Diz uma máxima que “quem não sabe o que procura jamais identificará o que encontra”. Também são incluídos exames laboratoriais, radiológicos e outros dados mostrados pelo paciente.

O Diagnóstico de Enfermagem como não poderia deixar de ser, é a resposta do paciente, família, comunidade frente a determinado evento, que será relacionado a alguma situação com evidenciarem característica nos casos de diagnósticos que não sejam de risco.

Planejamento da intervenção é quando a partir do diagnóstico de enfermagem, mas especificamente do fator relacionado descrito, o enfermeiro planeja junto com o sujeito, família ou comunidade as ações que implementarão a fim de responder a demanda terapêutica posta.

Intervenção, diz respeito à realização ou desenvolvimento do planejamento proposto em comum acordo entre os pares. E a avaliação, se refere à observação se a demanda terapêutica foi respondida a partir do plano de cuidados proposto.

A SAE é baseada em princípios e regras que são conhecidos por promover cuidado de enfermagem eficiente, é definida como "a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano" (ANDRADE, 2005). Ou seja, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é a organização da assistência de enfermagem. A Universidade tem como missão “educar, por meio do ensino, pesquisa e extensão, para promover a qualidade e a sustentabilidade do ambiente de vida”. Busca formar melhores cidadãos e profissionais capazes de intervir na realidade.

A Universidade tem como pilares o ensino, a pesquisa e a extensão. No ensino a metodologia proposta é partir da realidade, do cotidiano e de problemas, buscar a construção do conhecimento científico e voltar para a realidade (problema). Como pesquisa entende-se a investigação de fenômenos ainda não conhecidos e como extensão, a utilização do conhecimento científico construído e das pesquisas realizadas para benefício da comunidade e mudança do cenário posto.

O presente trabalho objetiva relatar a experiência do curso de enfermagem desenvolvida em um presídio articulando pesquisa, ensino e extensão como estratégia na formação do enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de uma experiência de integração interinstitucional (Universidade, Prefeitura Municipal de Saúde, Secretaria do Sistema de Saúde e Presídio). A universidade propôs ao serviço público, uma parceria em a forma de projeto de extensão para a assistência de enfermagem dentro do presídio, disponibilizando um docente enfermeiro durante 20 horas semanais que desenvolve junto com os acadêmicos bolsistas e os acadêmicos regulares do curso (atividades práticas e estágios), o cuidado terapêutico em Enfermagem (ensino).

Dentre as atividades de extensão destaca-se a realização da consulta de enfermagem com coleta de preventivo do câncer ginecológico e de mamas, a detecção precoce de hepatite, DST/AIDS, tuberculose, dermatites (escabiose), identificação do estado vacinal dos detentos, etc.

As atividades de pesquisa são desenvolvidas a partir dos dados colhidos nas consultas de enfermagem com o homem, a mulher e a criança (RN das detentas) com estabelecimento do perfil demográfico e epidemiológico dos atores sociais, dentre outros.

Também são realizadas educação em saúde tanto com detentos quanto com os agentes prisionais. As ações são desenvolvidas de março até o presente momento. Estão envolvidos 50 acadêmicos, cinco enfermeiros docentes, 1.100 detentos e 40 agentes carcerários.

O projeto iniciou em março de 2011 e já apresenta reflexos positivos tanto no ensino, pesquisa e extensão.

Para a pesquisa foi seguido o proposto na resolução 196/96 do CNS (Conselho nacional de Saúde) com parecer de número 220/2011. Assim, obtivemos autorização do Diretor do presídio e dos próprios detentos a partir da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

RESULTADOS

Com a participação dos enfermeiros docentes e acadêmicos, foi realizado desenvolvimento de campanha vacinal contra sarampo com 700 detentos, realização de preventivo do câncer ginecológico e de mamas com 96 mulheres; coleta de sangue para PSA de 110 homens acima de 40 anos; roda de dança estimulando a paz e o cuidado com a saúde mental, educação em saúde com detentos e agentes prisionais em temas de interesse comum (ensino e extensão). Foram realizadas 216 consultas de enfermagem e estabelecido perfil dos atores sociais (pesquisa).

A partir dos resultados do exame PSA foi identificado o perfil dos homens que apresentaram alterações nos níveis da glicoproteína (pesquisa).

Todos os dados estão sendo compilados, analisados e serão publicados. Além disso, os dados servirão de subsídio para identificação do perfil epidemiológico dos detentos e planejamento de estratégias para o cuidado terapêutico em enfermagem.

DISCUSSÃO

Pensar assistência profissional no sistema penal é pensar em integridade e ética. A integridade individual e coletiva, a integridade daquilo que é mais importante. O código de ética de enfermagem leva em consideração à necessidade e o direito de assistência de enfermagem a população, na promoção, proteção e recuperação da saúde. Além do preparo técnico científico o enfermeiro tem um compromisso ético preservando pela integridade e integralidade do cuidado de enfermagem com o sujeito privado de liberdade (SOUZA, 2006).

No ensino, os cenários de aprendizagem se referem, não somente ao local onde são realizadas as práticas, mas aos sujeitos envolvidos, à natureza do

conteúdo, às inter-relações entre método pedagógico, áreas de práticas e vivências, tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras (COLLISSELLI, 2009).

Essa perspectiva traz possibilidades e desafios não apenas aos docentes e discentes, mas também a outros atores institucionais, trabalhadores e usuários, cuja interação contribui à re-significação do papel dos profissionais enquanto co-protagonistas na construção da saúde. Neste momento, é importante destacar o processo educativo que se constrói no serviço, propiciando espaços coletivos de educação permanente, num constante aprender a aprender (COLLISSELLI, 2009).

A Pesquisa em Enfermagem possibilita que o profissional de realize suas ações embasadas cientificamente e a extensão, é na realidade, uma forma de interação que deve existir entre a universidade e a comunidade na qual está inserida. É uma ponte permanente entre a universidade e os diversos setores da sociedade que funciona como uma via de duas mãos, em que a Universidade leva conhecimentos e/ou assistência à comunidade, e recebe dela influxos positivos como retroalimentação como suas reais necessidades, seus anseios, aspirações e também aprendendo com o saber dessas comunidades.

Ocorre um compartilhar de conhecimentos, em que a universidade também aprende com a própria comunidade sobre os valores e a cultura dessa comunidade, podendo assim, planejar e executar as atividades respeitando e não violando esses valores e cultura. A partir dos conceitos mencionados de ensino, pesquisa e extensão, e da experiência mencionada percebe-se ser possível estabelecer relação entre ensino, liberdade (COLLISSELLI, 2009).

Pensar as funções da Universidade, hoje, exige refletir e resgatar as relações travadas em seu interior para com a Sociedade e para com o Estado, no que se refere às questões que vão desde a forma de administração adotada até a proposta educativa da instituição (MEC/SESU, 2006).

O processo de aprendizagem baseia-se e a depende de observações próprias, de atitudes reflexiva, questionadoras, que decorrem do diálogo e da interação com a realidade, para compreendê-la e transformá-la. Criam-se, dessa forma, condições para que a formação do estudante não fique restrita aos aspectos técnicos, formais e passe a contemplar seus aspectos sociais e políticos, promovendo a conscientização crítica.

O conhecimento existente, ou o que está sendo construído, é produto de um contexto social determinado, podendo ser utilizado tanto no sentido da consolidação das exclusões sociais como da sua eliminação (MEC/SESU, 2006).

O Ensino, a pesquisa e a extensão formam uma rede (teia) que permite que o acadêmico transite e estabeleça relação entre elas. No caso do presídio, esta relação fica muito evidente à medida que os resultados obtidos pelas ações de extensão apontam para melhoria da qualidade de vida da população privada de liberdade e estas mesmas ações possibilitam a construção do conhecimento a partir do cenário de prática apresentado.

Na extensão o objetivo é poder aplicar os conhecimentos construídos (e pode ser construído a partir dela mesmo) junto com a comunidade e em benefício da comunidade. A partir da extensão também podem ser levantados dados dos atores sociais participantes do processo, estes devidamente autorizados pela Instituição, pelos participantes e pela Universidade (proponente) com parecer do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da própria Universidade.

A estadia do professor durante 20 horas no presídio, com atividades de ensino, de pesquisa e de extensão também promove a formação de vínculo entre os detentos, os profissionais da saúde e os acadêmicos, permitindo o desenvolvimento de valores como respeito, honestidade, amor dentre outros, que de alguma forma auxilia na reabilitação social e construção da cidadania destes detentos para a reinserção da comunidade.

A inserção da Universidade no Presídio com o curso de Enfermagem ampliou as possibilidades da oferta de serviços que antes não eram desenvolvidos de forma tão intensiva. Na oportunidade da realização, por exemplo, de coleta do preventivo do câncer ginecológico e de mamas a mulheres histerectomizadas abre-se a possibilidade da orientação sobre incidência de câncer vaginal, da necessidade de durante as relações sexuais utilizarem-se lubrificante (o que não é permitido durante o exame por alterar os resultados) e sanar dúvidas das detentas, uma vez que a consulta de enfermagem dura em média 40 minutos.

No presídio também se tem o desenvolvimento de outros projetos da universidade em parceria com o poder judiciário. Projetos de grande monta que preparam de forma concreta os privados de liberdade para reinserção social quanto ao desenvolvimento de habilidades para o auto sustento. Há espaços para e

suporte na área da espiritualidade Petwork coordenado por uma assistente social da Universidade.

CONCLUSÃO

O exercício da articulação entre ensino, pesquisa e extensão é possível no ensino superior (universidade) desde que haja investimento e vontade política. A formação do enfermeiro que tem possibilidade de experimentar esta articulação é diferenciada, pois a mesma promove o desenvolvimento do olhar crítico ético e de valores, permitindo a construção de um profissional mais humanos e menos preconceituoso.

Permite ainda ensinar os acadêmicos a olharem para os privados de liberdade como seres humanos com os mesmos direitos a saúde do que qualquer outro ser humano que não tenha a privação de sua liberdade, independentemente de qual tenha sido seu delito.

Costuma-se ouvir que cada um de nós deveria cuidar do outro como gostaríamos de serem cuidados, está fala é improcedente, pois as pessoas são diferentes e como diferentes não poderíamos nos termos como ponto de referencia. Também não podemos cuidar como o outro merece ser cuidado porque inevitavelmente passaria por nosso escalonamento de valores e incorreríamos no risco de deixar pessoas sem atendimento, mas sim, precisamos cuidar do outro como ele tem direito a ser cuidado. A Lei 8080 diz que todos tem direito a saúde, assim nenhum sequer pode ser excluído.

Tanto ensino, quanto pesquisa e extensão podem e devem ser realizados juntos pois partem do cotidiano, da realidade posta na qual como profissionais, melhores cidadãos poderemos intervir e auxiliar para a melhoria da qualidade do ambiente e da vida da população, incluindo-se as instituições de reclusão como presídios e penitenciárias.

REFERÊNCIAS

SILVA, Mônica Oliveira da; Souza Joanir Pereira Passos. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Esc Anna Nery **Rev Enferm** 2008 set; 12 (3): 417-23.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg Vasconcelos; NEVES, Maria José das. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. 2010 .

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, June 2005 .

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva e. A Prática de enfermagem no sistema penal : limites e possibilidades / Mônica Oliveira da Silva e Souza. – 2006, 63 f.

COLLISELLI, Liane et al . Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, Dec. 2009 .

Indissociabilidade ensino–pesquisa–extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão /Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Porto Alegre : UFRGS ; Brasília : MEC/SESu, 2006.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A DICOTOMIA POLÍTICA DE ESTADO E POLÍTICA DE GOVERNO: A BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Andressa Fracaro Cavalheiro

Doutoranda em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Especialista em Direito Administrativo pelo Instituto de Direito Romeu Felipe Bacellar. Docente do curso de graduação em Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Direitos Humanos – GPDH, vinculado à Unioeste e do Grupo de Pesquisa Governo Eletrônico, Inclusão Digital e Sociedade do Conhecimento, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, ambos devidamente cadastrados junto ao CNPq

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de refletir sobre as condições e possibilidades de classificação da Estratégia Saúde da Família como política de Estado ou como política de governo. São trabalhados conceitos de política pública e os requisitos possibilitadores da diferenciação entre políticas públicas de estado e políticas públicas de governo. Em seguida é apresentada a Estratégia Saúde da Família para, ao final, aproximá-la das políticas de Estado, a fim de lhe atribuir maior efetividade. Ademais, trata-se de uma política nacional de saúde que deve ser incorporada como política prioritária do Estado brasileiro, eis que é, em verdade, uma estratégia de consolidação dos princípios do próprio Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Estratégia Saúde da Família; Política Pública de Estado; Política Pública de Governo.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on the conditions and possibilities of classification of the Family Health Strategy as a state public policy or government public policy. Are worked concepts of public policy requirements and enablers of differentiation between state policy and government public policies. Next is presented to the Family Health Strategy in the end, bringing it closer to the state policies in order to give it more effective. Moreover, it is a national health policy that should be incorporated as a priority policy of the Brazilian state, for it is indeed a strategy to consolidate the fundamentals of the Unified Health System.

Keywords: Public Policy; Family Health Strategy; State Public Policy; Government Public Policy.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser um direito público subjetivo fundamentalizado, ou seja, expressamente reconhecido no texto normativo de mais alta hierarquia no país – a Constituição – e, portanto, orientador de todos os demais, o direito à saúde ainda

carece de efetiva concretização já que, de fato, não está sendo usufruído por todos.

A fim de buscar-se algumas alternativas de ações que possibilitem a concretização do direito à saúde no Brasil, importante se faz a análise de uma política pública lançada pelo governo federal há aproximadamente dezessete anos: a Estratégia Saúde da Família, cujo objetivo é a reversão do modelo assistencial até então (e ainda) vigente.

Tratando-se de uma política pública e sabendo da relevante distinção entre política pública de Estado e política pública de governo, propõe-se, neste trabalho, analisar a Estratégia Saúde da Família a partir desta dicotomia. Assim, para dar conta de tal desiderato, o presente trabalho foi dividido em três seções, a primeira dando conta da distinção entre políticas de Estado e de governo; a segunda apresentando e analisando a Estratégia Saúde da Família e, a terceira, buscando caracterizar tal estratégia como uma verdadeira política de Estado. Para consecução dos objetivos, utilizou-se o método de abordagem indutivo e o método de procedimento analítico, por meio da técnica de pesquisa bibliográfica.

Distinção entre políticas públicas de Estado e políticas públicas de governo

Antes de apresentar-se a Estratégia Saúde da Família e defini-la como política pública de estado ou de governo, reputa-se relevante buscar uma conceituação para o que sejam políticas públicas, em que pese a advertência de Freire Júnior, no sentido de não ser uma tarefa simples, havendo até quem reconheça um caráter redundante nesta expressão, posto que a política é essencialmente pública. Todavia, se pode argumentar, de modo geral, que política pública é um conjunto ou uma medida isolada praticada pelo Estado com o desiderato de dar efetividade aos direitos fundamentais sociais ou ao Estado Democrático de Direito. (FREIRE JÚNIOR, 2005).

As políticas públicas podem ser compreendidas como instrumentos de intervenção do Estado na ordem social e econômica. Tal intervenção visa a assegurar igualdade de condições entre os indivíduos, com conseqüente redução de desigualdades sociais e econômicas, caracterizando-se como programas de intervenção estatal a partir de sistematizações de ações do Estado, voltadas para a consecução de determinados fins setoriais ou gerais, baseadas na articulação entre a sociedade, o próprio Estado e o mercado. (APPIO, 2006, p. 133/136).

Dadas essas múltiplas funções das políticas públicas, Grau (2005, p. 21) anota que “a expressão política pública designa todas as atuações do Estado, cobrindo todas as formas de intervenção do poder público na vida social”. Adequando a instrumentalidade das políticas públicas para a área de saúde, assevera o Ministério da Saúde que elas configuram decisões de caráter geral que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis, tornando públicas, expressas e acessíveis, as intenções do governo no planejamento de programas, projetos e atividades. (BRASIL, 2006, p. 9).

Desse modo, política pública pode ser entendida como o instrumento do qual se vale o Estado para dar efetividade a direitos como saúde, educação, moradia, emprego, igualdade de acesso à informação, à justiça. Expresso de outra forma, política pública busca dar efetividade aos direitos fundamentais, notadamente aos ditos sociais, assegurando igualdade de condições entre indivíduos e definindo os rumos e as linhas estratégicas de atuação estatal, por meio da articulação entre Estado e Sociedade.

A importância do papel do direito na conformação das instituições que impulsionam, desenham e realizam as políticas públicas é referida por Bucci, para quem as expressões da atuação governamental correspondem, em regra, a formas definidas e disciplinadas pelo direito, posto que sobre ele é que se assenta o quadro institucional no qual atua uma política (BUCCI, 2006, p. 37), do que resulta, como consequência destas relações entre política e direito, o seguinte conceito:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados. (BUCCI, 2006, p. 39).

Assim, é que, ao estabelecer metas e caminhos para a sua consecução, as políticas públicas vinculam, além dos órgãos estatais, agentes econômicos, organizações da sociedade civil e também os particulares, como é o caso das políticas econômicas e sociais relacionadas à saúde (MASSA-ARZABE, 2006, p.

58).

Nesta esteira, Derani afirma que políticas públicas são concretizações específicas de normas políticas, focadas em determinados objetivos concretos. Sendo assim, políticas públicas usam instrumentos jurídicos para finalidades políticas, ou seja, tomam os preceitos normativos para a realização de ações voltadas àqueles objetivos que se reconhecem como necessários para a construção do bem estar. Dessa maneira, a realização de políticas públicas pelo Estado, concretizando preceitos constitucionais, perfaz o cumprimento de um dever, isto é, se compete ao Estado a ação normativa especificando as normas políticas constitucionais, também se lhe impõe a ação executiva. (DERANI, 2006, p. 136).

Notadamente no que tange à saúde, a CR/88 refere políticas públicas, ainda que de maneira genérica, ao estabelecer, por exemplo, em seu artigo 196, a garantia do direito à saúde por meio do dever do Estado de implementar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços que protejam, promovam e recuperem a saúde. Assim configuradas, estas políticas públicas³⁷, nos dizeres de Massa-Arzabe,

constituem a *garantia* do direito social à saúde, definindo a norma constitucional os objetivos de tais políticas, isto é, o objetivo final e amplo de garantia do direito de todos à saúde é de ser atingido pelo objetivo específico de redução de riscos e de observância dos princípios de universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde. (MASSA-ARZABE, 2006, p. 65). [destaque no original].

As políticas públicas têm diversos suportes legais, sendo possível que elas estejam expressas em disposições constitucionais, em leis, em normas infra-legais, tais como decretos e portarias. Da mesma forma, podem estar manifestas em instrumentos de outra natureza, como contratos de concessão de serviço público. (BUCCI, 2006, p. 11).

³⁷ Interessante referir questionamento feito por BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo : Saraiva, 2006, p. 17/18, nos seguintes termos: “seria de se pensar se isso (a definição do art. 196 como a própria estruturação das prestações estatais em matéria de saúde) não desnaturaria seu caráter de política pública que, como vimos, tem como nota distintiva atingir objetivos sociais em tempo e quantidade previamente determinados. O SUS não é um programa que visa resultados, mas uma nova conformação, de tipo estrutural, para o sistema de saúde, cujo objetivo é a coordenação da atuação governamental nos diversos níveis federativos do Brasil (‘rede regionalizada e hierarquizada’, cf. art. 198 d CF) para a realização de três *diretrizes*: descentralização, atendimento integral prioritariamente preventivo e participação da comunidade”. – destaque no original.

Bucci refere que a política pública possui um componente de ação estratégica porque incorpora elementos sobre a ação necessária e possível naquele momento determinado, naquele conjunto institucional, projetando-os para o futuro mais próximo. Nesta visão, assevera existirem políticas cujo horizonte temporal é medido em décadas – as políticas de Estado –, e políticas que se realizam como partes de um programa maior – as chamadas políticas de governo. (BUCCI, 2006, p. 19).

Adotando um viés normativista, Bucci faz referência ao fato de que se poderia, *a priori*, adotar o critério do suporte normativo das políticas para fazer a distinção entre políticas de Estado e de governo, ilustrando tal possibilidade da seguinte forma: políticas constitucionalizadas seriam certamente políticas de Estado, políticas meramente legisladas seriam provavelmente políticas de Estado e políticas com suportes infra-legais seriam políticas de governo. Reconhece a autora, entretanto, que tal critério é um tanto falho. (BUCCI, 2006, p. 19).

Em razão disto, e porque a distinção entre políticas públicas de Estado e políticas públicas de governo assume caráter relevante neste trabalho, a sua distinção far-se-á utilizando os critérios propostos por Aith. O autor entende a atividade estatal de elaboração, planejamento, execução e financiamento de ações voltadas à consolidação do Estado Democrático de Direito e à promoção e à proteção dos direitos humanos como política pública (AITH, 2006, p. 232), conceito muito próximo ao de Freire Júnior, como visto anteriormente, em especial no que pertine à concretização dos direitos humanos e à consolidação do Estado Democrático de Direito.

Aith propõe que a diferenciação entre política de Estado e política de governo leve em conta três fatores principais: (1) os objetivos da política pública; (2) a forma de elaboração, planejamento e execução da política pública; e, (3) a forma de financiamento da política pública. Em sua concepção, pois, é a conjugação desses fatores que dará a clareza necessária para diferenciar-se política de Estado de política de governo (AITH, 2006, p. 235).

Ao considerar-se o primeiro fator, tem-se que a política de Estado deve ser analisada a partir do enfoque sobre quais as finalidades que se busca com a sua implementação. Se forem finalidades essenciais do Estado, ligadas à sua organização (política e social), à estrutura e ao desenvolvimento, estar-se-á diante de uma política de Estado. De outro lado, o autor registra que as políticas de

governo podem ser políticas pontuais, voltadas à promoção e à proteção dos direitos humanos, dotadas de uma maior flexibilização e de maior especificidade em seus objetivos, que são o de aumentar a eficácia e a efetividade das ações de promoção e proteção dos direitos humanos, através da estrutura estatal já existente e utilizando mecanismos democráticos já estabelecidos (AITH, 2006, p. 235 e 236).

Pode-se afirmar, desse modo, que a política de Estado é voltada para a sua organização, de maneira que possa oferecer condições estruturais mínimas para que se executem políticas que promovam e protejam os direitos humanos. Política de governo, por seu turno, seria aquela que, utilizando-se da estrutura estatal existente, promove ações pontuais de proteção e promoção dos direitos humanos sendo, por isso, dotada de maior flexibilidade, visto objetivar o aumento da eficácia e da efetividade das ações de promoção e proteção destes direitos. (AITH, 2006, p. 236).

O segundo fator de diferenciação entre política de Estado e política de governo, relativo à sua forma de elaboração, planejamento e execução, deve ser considerado a partir da identificação de quem executa a política pública e com qual finalidade. Nesta percepção, há políticas públicas que só podem ser executadas pelo Estado, dado se tratarem de políticas de grande vulto e relacionadas à consolidação das instituições que formam o Estado, à proteção dos direitos humanos fundamentais e à consolidação do Estado Democrático de Direito. (AITH, 2006, p. 237-238).

As políticas de governo, por sua vez, podem ser delegadas ou terceirizadas, bem como podem até sofrer quebra de continuidade. Sob essa ótica, política de Estado pode se diferenciar da política de governo, na medida em que uma política de Estado exige uma continuidade, deve ser perene e não pode ser quebrada ao sabor da troca de governantes. Políticas de Estado devem ser desenvolvidas pelo Estado na sua integralidade, admitindo-se a participação da sociedade civil na sua implementação, mas sempre de maneira complementar, subsidiária e totalmente subordinada ao próprio Estado. (AITH, 2006, p, 237-238).

Portanto, política de Estado destina-se às funções essenciais do Estado, que não podem ser delegadas a terceiros, a não ser de forma subsidiária e subordinada, por serem razão de existência do próprio Estado. Ademais, não podem sofrer quebra de continuidade, por serem políticas que dão a estrutura básica do Estado e cuja quebra de continuidade pode colocar em risco a própria existência do

mesmo. (AITH, 2006, p. 238).

Já as políticas de governo são as destinadas à consecução dos mais diversos objetivos constitucionais, variando de governo para governo, desde que respeitados os limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico e voltadas para a consecução dos já referidos objetivos constitucionais. As políticas de governo podem ter sua execução delegada ou terceirizada, até mesmo integralmente. Estas políticas podem, inclusive, ser interrompidas e/ou substituídas por outro tipo de política voltada à consecução do mesmo objetivo da anterior, o que não é admitido para as políticas de Estado. (AITH, 2006, p. 238).

Sobre continuidade e descontinuidade de políticas públicas, veja-se o posicionamento de Schmidt:

É muito importante nessa concepção a idéia de que as políticas orientem a ação estatal, diminuindo os efeitos de um dos problemas constitutivos do regime democrático: a descontinuidade administrativa, decorrente da renovação periódica dos governantes. Cada novo governo significa alguma descontinuidade. Até certo ponto isso é positivo, pois permite inovações e avanços. Mas, é amplamente reconhecido que a descontinuidade administrativa leva frequentemente ao abandono das diretrizes vigentes e à criação de outras, bastante distintas e não raro contraditórias em relação às anteriores, gerando desperdício de energia política e de recursos financeiros. (SCHMIDT, 2008, p. 2312 e 2313).

Sob tal perspectiva, parece seguro afirmar que a descontinuidade administrativa, ainda que, em algum momento, possa trazer determinado tipo de benefício, mostra-se, o mais das vezes, nefasta à concretização dos reais objetivos do Estado, razão pela qual estes, a nosso ver, devem ser sempre orientados por meio de políticas de Estado. Em outras palavras, a concretização dos direitos fundamentais, evidentemente um objetivo estatal, precisa ser encarada como política de Estado, afastando as (in)consequências da descontinuidade administrativa.

No que tange ao fator de financiamento, tem-se que enquanto as políticas de Estado são exclusiva e necessariamente financiadas com recursos públicos, seja pelo vulto dos investimentos necessários ao seu desenvolvimento, seja pela importância que tais políticas possuem para o desenvolvimento da nação, as políticas de governo, embora majoritariamente financiadas com recursos públicos, podem contar com recursos privados para a sua implementação, através de regras e controles fixados pelo Poder Público, como é o caso dos serviços terceirizados de

gestão das rodovias públicas. (AITH, 2006, p. 238).

Aith lembra ainda, que tanto as políticas de Estado quanto as políticas de governo estão sujeitas aos controles financeiros e contábeis dos Tribunais de Contas, bem como aos controles de legalidade e constitucionalidade realizados pela sociedade, como um todo, e pelo Ministério Público, especificamente. Dessa forma, é possível questionar as políticas públicas, sempre que não se mostrarem de acordo com os objetivos do Estado e com os princípios que regem a Administração Pública (2006, p. 239).

Por fim, o autor traz, abordando questões normativas, tal qual Bucci, a seguinte distinção entre políticas de Estado e políticas de governo:

[...] as políticas de governo podem ser consideradas como toda política governamental voltada à satisfação do interesse público que não represente atividade essencial do Estado, podendo ser delegada e/ou terceirizada ou até sofrer quebra de continuidade. As políticas de governo podem ser estipuladas por lei ordinária ou até por atos normativos infralegais, por não estarem dotadas do atributo de permanência que necessariamente deve existir nas políticas de Estado. As políticas de Estado geralmente estão previstas na Constituição Federal, enquanto as políticas de governo podem estar na Constituição ou em outros textos normativos inferiores. Mas essa regra não é absoluta e pode sofrer alterações, já que nem todas as funções essenciais do Estado constam da Constituição Federal, bem como nem todas as funções que a Constituição dá ao Estado devem ser consideradas essenciais somente pelo fato de ali estarem previstas. (AITH, 2006, p. 239).

Convém sublinhar, neste ponto, o posicionamento de Dallari que entende também pela possibilidade de outros textos normativos, que não a Constituição, estabelecerem políticas de Estado, dando como exemplo a política nacional de medicamentos, cuja previsão legal está contida no artigo 6º, VI, da Lei 8.080/90, como integrante do núcleo da política de Estado para a saúde pública. Pertinente referir que Dallari propõe uma análise entre política de governo e política de Estado a partir da teoria dos sistemas, mas que, dado aos limites deste trabalho, não se pode explicar (DALLARI, 2006, p. 247-266).

A importância da classificação, aqui, apresentada em relação ao tema deste trabalho resulta em se avaliar se deve ou não a estratégia saúde da família ser entendida como política de Estado, para os fins de consolidação do SUS e da concretização do direito à saúde previsto no art. 196 da CR/88. Com vistas à consecução deste propósito, tratar-se-á, a partir daqui, especificamente desta estratégia de reorientação do SUS.

A Estratégia Saúde da Família e o novo modelo de atenção à saúde no Brasil

Um dos temas centrais do debate conceitual e político, ao longo das últimas três décadas, tem sido a organização dos serviços de saúde, cujas discussões alimentam a formulação e a implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, mais do que tudo, na organização dos serviços e das práticas de saúde, no contexto de construção do SUS (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 451).

É possível afirmar-se que a trajetória da reforma sanitária brasileira possibilitou o lançamento das diretrizes e dos princípios do SUS, destacando-se os dois fatores centrais para a proposição das novas bases políticas para a estruturação do Estado no enfrentamento das desigualdades sociais no que se refere à saúde: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e o processo político constituinte de 1988 (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

O Brasil, reconhecendo a (1) crise estrutural do setor público e a sua relação com a fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas e (2) o fosso entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos a eles associados, e (3) visando estabelecer mecanismos capazes de assegurar as conquistas sociais inspiradas pelo MRS e pelos princípios do SUS, apresentou o Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo deste programa era (e é) a reversão do modelo assistencial vigente, a partir de uma mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, fazendo com que a família passasse a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. (BRASIL, 1997, p. 7-8).

Desde o seu início, o Ministério da Saúde advertia que o PSF, por suas especificações, fugia à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério, não sendo uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas se caracterizando como “uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados”. Portanto, assim concebido, o PSF representou uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. (BRASIL, 1997, p. 8).

O fato é que o PSF propôs-se, desde o seu início, a atuar de forma inter e multidisciplinar, assumindo a responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades. Nesta ótica, pois, não se trata de um “sistema de saúde para pobres, com utilização de baixa tecnologia”, mas de uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes, até porque, como modelo substitutivo à rede básica tradicional, deve garantir cobertura universal aos serviços que disponibiliza, assumindo o desafio de ser equânime. (BRASIL, 1997, p. 8-9).

O PSF, porque focado na atenção primária, se mostra um potente mecanismo de compatibilização entre recursos (escassos) e demandas (infinitas), na medida em que centra as suas ações na prevenção, ou seja, atua efetivamente na promoção da saúde e não na sua recuperação, o que repercute, obviamente, na esfera orçamentária, como já se fez, anteriormente, alusão. Além disso, contando com menor custo, torna-se mais acessível aos usuários do SUS, cumprindo de forma efetiva com o disposto pelo art. 198, II, da CR/88, que evidencia a prevenção como dever das políticas públicas de saúde.

O PSF foi apresentado à comunidade brasileira na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, aprovada pela Portaria 2.203, de cinco de novembro de 1996, do Ministério da Saúde. Esta NOB redefiniu o modelo de gestão do SUS, sendo considerada, nos exatos termos do artigo 1º desta Portaria, como um instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. (BRASIL, 1996). Vale destacar que a municipalização da saúde foi operacionalizada pela NOB 01/96, para promoção e consolidação do pleno exercício do papel de gestor da atenção básica à saúde dos poderes públicos municipais e do Distrito Federal, essencial à implantação do PSF.

O PSF objetiva, desde o seu início, (1) prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; (2) intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; (3) eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; (4) humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, e proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações

intersetoriais; (5) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde e (6) fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997, p. 8-9).

Alguns autores³⁸ sustentam que a estratégia do programa começou ainda em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, com o surgimento do PSF, acabam por integrarem-se à sua estrutura. O agente comunitário de saúde desempenhava um papel de grande relevo na estrutura do PSF, posto que, além de obrigatoriamente compor a equipe de trabalho do programa, configurava-se como verdadeiro elo entre a unidade de saúde da família e a comunidade. (COSTA; CARBONE, 2004, p. 14).

O PSF, no que se refere às suas diretrizes operacionais, estrutura-se em unidades: a USF (unidade de saúde da família), ou seja, uma unidade de saúde pública destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional, habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção. A USF, portanto, representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município e caracterizando-se, portanto, como porta de entrada do sistema local de saúde. (BRASIL, 1997, p. 11).

Cada USF deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob a sua responsabilidade e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias que lhe são vinculadas. Atualmente, cada equipe responsabiliza-se pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, ainda que a média recomendada seja de três mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Ressalve-se, porém, que tal critério possa ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local. (BRASIL, 1997, p. 12).

Cada equipe de saúde tem como dever realizar o cadastramento das

³⁸ Cite-se, a título de exemplo: COSTA, Elisa Maria Amorim. CARBONE, Maria Herminda. *Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro : Rubio, 2004, p. 8; FONTINELE JÚNIOR, Klinger. *Programa saúde da família (psf) comentado*. Goiânia, AB, 2003. p. 13.

famílias de sua área de abrangência através de visitas aos domicílios, a fim de identificar os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas em que essas famílias estão inseridas. Nesta etapa, principia, pois, o vínculo da USF e da sua equipe (ou equipes) com a comunidade, que é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que, prioritariamente, deverão ser sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e os gestores do sistema possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilita, também, que sejam identificadas as demandas específicas do setor saúde, além de permitir a identificação de outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população. (BRASIL, 1997, p. 12).

Cada equipe de saúde da família deve ser composta por, no mínimo, um médico de família (ou generalista), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, pode contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), podendo, ainda, incluir outros profissionais de saúde, de acordo com as demandas e as características da organização dos serviços de saúde locais. É dever dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família residir nos municípios onde atuam, uma vez que devem trabalhar em regime de dedicação integral.

O PSF propõe uma nova forma de planejamento em saúde, realizada a partir da programação local, para se conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adstritas. O pressuposto básico do PSF é que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. O programa preconiza que o processo de planejamento deva ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas verificados no território de responsabilidade das unidades de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população.

O PSF conta com três níveis de competências distintos: nacional, ao qual cabe a sua organização por meio da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS; o

estadual, a quem incumbe, por meio das secretarias estaduais de saúde, definir, em sua estrutura organizacional, qual setor terá a responsabilidade de articular a estratégia de saúde da família, cabendo-lhe o papel de interlocutor entre Ministério da Saúde e Municípios; e municipal, concebido como o espaço de execução desta estratégia, definindo a melhor adequação dos meios e das condições operacionais para a sua implementação. (BRASIL, 1997, p. 25-27). Cada um dos níveis conta com atribuições específicas que são, na verdade, desdobramentos das atribuições gerais aqui consignadas, não se podendo deixar de reconhecer a relevância do papel municipal.

Através da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, aprovou-se a Política Nacional de Atenção Básica, em que o PSF é, uma vez mais, entendido como a estratégia que visa à reorganização da Atenção Básica no País. Embora quando de sua apresentação, na NOB 01/96, se fizesse referência ao fato de se constituir em verdadeira estratégia para a reformulação pretendida, é com a edição desta portaria que se passa, especificamente, a designar a saúde da família como estratégia, inclusive passando a designação de PSF (programa saúde da família) para ESF (estratégia saúde da família), especificamente.

Assim entendido, ao que parece, o então PSF, agora, ESF, produziu um consenso quanto a um projeto de mudança do modelo de saúde hegemônico, que nenhum outro projeto, na história do SUS, conseguiu, contribuindo, ainda, para o acirramento das discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento que não fosse por procedimento (ANDRADE, 2007, p. 88-89).

Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), até 2009 o Brasil contava com 30.328 equipes de saúde da família implantadas em 5.251 municípios, cobrindo 50,7% da população brasileira, ou cerca de 96,1 milhões de pessoas, resultado de um investimento, em 2008, de R\$ 5.698,00 milhões. A partir daí não se encontram consolidados novos dados, mas índices de evolução da cobertura da ESF dão conta que em agosto de 2011 53,1% da população brasileira já estava coberta pelo ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em agosto de 2011, por meio da Portaria 2.027, o Ministério da Saúde alterou a Portaria 648/2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as equipes de saúde da família e na parte que dispõe sobre a suspensão do piso de atenção básica. No que pertine à saúde da

família é importante referir que tal alteração é, ao nosso sentir, uma tentativa de solucionar um dos grandes entraves da efetivação da estratégia: a dificuldade de contratação de profissionais médicos para atuar na Estratégia, problemas de cumprimento de carga horária integral e a conseqüente alta rotatividade dos profissionais.

Estas dificuldades – entre outras – foram já identificadas em relatórios de monitoramento como o realizado pelo Tribunal de Contas da União em 2006 (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2006) e pelo Tribunal de Contas do Paraná em 2010 (TRIBUNAL DE CONTAS DO PARANÁ, 2010). Talvez essa “solução” – que consiste na possibilidade da redução de carga horária dos profissionais médicos, que podem ter carga horária mínima de 20 horas semanais, ainda que isto signifique redução dos valores de repasse para cada unidade – não seja a mais adequada, mas afigura-se numa tentativa válida na solução dos problemas apontados.

A Estratégia Saúde da Família como Política de Estado: condição de efetivação

Pelo fio do exposto, temos que as políticas de Estado gozam de maior estabilidade e guardam relação com o próprio direcionamento de concepção do Estado forjado em determinado espaço e tempo historicamente delimitado, com a sua estruturação para a consecução dos objetivos pelos quais foi, em tese, criado. Não se está aqui deixando de reconhecer a importância e a essencialidade das políticas de governo, mas apenas se reforçando que as políticas de Estado, por tudo que congregam, mostram-se muito mais capazes de alcançar determinados objetivos e aí o questionamento: será que, para a efetiva concretização dos direitos fundamentais (saúde, notadamente) e a consolidação de um Estado (verdadeiramente) Democrático de Direito, algumas políticas tidas como governamentais não deveriam ser entendidas como de Estado?

A partir deste entendimento é possível pensar-se que uma maior efetividade desta Estratégia pode ser garantida por meio de sua identificação com as chamadas políticas de Estado, outorgando-lhe a estabilidade necessária à sua expansão e à consolidação. Desta expansão e consolidação, pode-se esperar (1) níveis significativos de melhoria na saúde da população, a partir da diminuição de

doenças ou outros agravos; (2) maior compatibilização entre recursos financeiros e demandas sociais, visto que os gastos destinados à prevenção são consideravelmente menores do que os gastos destinados à recuperação da saúde; (3) maior fortalecimento da democracia, na medida em que a expansão e a consolidação do programa envolvem, obrigatoriamente, a participação popular seja para o conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, seja pelo estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social da saúde.

Nesta esteira, segue o pensamento de Andrade, Barreto e Bezerra, porque entendem que a ESF é uma política nacional de saúde que deve ser incorporada como política prioritária do Estado brasileiro, eis que se trata, em verdade, de uma estratégia de consolidação dos princípios do próprio Sistema Único de Saúde. Sustentam, pois, que a ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, consolidando, entre outras coisas, o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, coerente, por conseguinte, com o escopo do SUS de alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos municípios, sendo fundamental na organização dos processos de participação popular e a sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p. 806-807).

Além disso, partindo-se da classificação proposta por Aith, têm-se já alguns indícios de que a estratégia saúde da família seja, de fato, uma política de Estado, haja vista que, além de ser totalmente financiada pelos entes estatais, encontra-se normativamente reconhecida e, na medida em que visa a reorganizar o Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica, demanda a reestruturação da rede de funcionários e profissionais de saúde, estando, portanto, imiscuída na própria estrutura do Estado.

É possível afirmar, em nosso sentir, que muito embora ainda não esteja a Estratégia Saúde da Família efetivamente implementada e consolidada, dado que só usufruído por pouco mais da metade da população brasileira, apresenta-se como uma política de Estado, devendo gozar da proteção decorrente de tal reconhecimento.

CONCLUSÃO

O objetivo da Estratégia Saúde da Família é promover a organização das atividades de saúde de um determinado território, propiciando o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados, atuando de maneira inter e multidisciplinar, efetuando mudanças de atitudes e garantindo cobertura universal e igualitária aos serviços que disponibiliza.

Assim, a Estratégia Saúde da Família propõe uma nova forma de planejamento em saúde, realizada a partir da programação local, sendo seu pressuposto básico o reconhecimento de que o planejamento só é capaz de dirimir complexidades e solucionar problemas se for feito por quem de fato conhece as necessidades da população de determinado lugar.

Partindo-se do pressuposto de que sem saúde não é possível a concretização de nenhum outro direito fundamental ou mesmo a efetivação de um Estado de Direito verdadeiramente Democrático, o reconhecimento de que a Estratégia Saúde da Família deve ser vista como uma política de Estado. Assim, deve ser entendida como algo que deve gozar de um maior grau de estabilidade por guardar relação com o próprio direcionamento do Estado, apresenta-se como uma solução viável a alguns dos problemas relacionados à efetivação do direito à saúde no Brasil, que tradicionalmente mantém políticas de saúde altamente centralizadas e verticalizadas.

Por fim, só o tempo dirá se a mudança na carga horária dos profissionais médicos que integram as equipes de saúde da família configurou-se numa efetiva solução contra a falta de profissionais médicos, o não cumprimento de carga horária integral e a conseqüente alta rotatividade destes profissionais na Estratégia Saúde da Família. Por tudo o que esta Estratégia representa e por todos os benefícios para a saúde coletiva que dela decorrem, esperamos que sim.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. Políticas públicas de estado e de governo: instrumentos de consolidação do estado democrático de direito e da promoção e proteção dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. A situação do financiamento à luz das normas operacionais básicas: In: ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et. al.] (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

APPIO, Eduardo. *Controle judicial das políticas públicas no Brasil*. Curitiba: Juruá, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em 15 de novembro de 2010.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica. Saúde da Família. Página Institucional. Disponível em <http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em 16 de novembro de 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em www.saude.gov.br/saudelegis. Acesso em 15 de novembro de 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Página Institucional. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em 29 de novembro de 2012.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ. Acórdão n. 1.204/10. Processo n. 439222/09, de origem da Secretaria de Estado da Saúde, sendo interessado Gilberto Berguio Martins e tendo por assunto o Relatório de Auditoria. Rel. Cons. Artagão de Mattos Leão. Julgado 15/04/2010, sessão 12. Disponível em <www.tce.pr.gov.br>. Acesso em 25.11.2010.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Relatório de monitoramento: programa saúde da família*. Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2006.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São

Paulo: Saraiva, 2006.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. *Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

DERANI, Cristiane. Política pública e a norma política. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

FONTINELLE JÚNIOR, Klinger. *Programa saúde da família (psf) comentado*. Goiânia: AB, 2003.

FREIRE JÚNIOR, Américo Bedê. *O controle judicial das políticas públicas*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

GRAU, Eros Roberto. *O direito posto e o direito pressuposto*. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MASSA-ARZABE, Patrícia Helena. Dimensão jurídica das políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

SCHMIDT, João Pedro. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge Renato; LEAL, Rogério Gesta (Orgs.). *Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2008.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no sus: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESTUDO DA DEMANDA DE UM PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA

Mágada Tessmann Schwalm

Coordenadora do Curso de Enfermagem da Unesc, Doutoranda em Ciências da saúde, assessora da Secretaria do Sistema de Saúde/Prefeitura Municipal de Criciúma. mts@unesc.net

Luciane Bisgonin Ceretta

Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem da Unesc, Doutoranda em ciências da saúde, colaboradora da Secretaria do Sistema de Saúde/Prefeitura Municipal de Criciúma. luk@unesc.net

Cristiane Botelho

Gerente do serviço de urgência e emergência da Secretaria do Sistema de Saúde/Prefeitura Municipal de Criciúma. Especialista em Gerência dos serviços de saúde. Cris@criciuma.sc.gov.br

Letícia Vieira de Oliveira Rodrigues

Gerente das Especialidades da Secretaria do Sistema de Saúde/Prefeitura Municipal de Criciúma. Especialista em Urgência e Emergência.

Keli Cristina Ferreira

Secretaria adjunta de saúde kely@criciuma.sc.gov.br

RESUMO

Pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva, realizada em 2011 na cidade de Criciúma/SC. Objetivou identificar a demanda de atendimentos e causas da procura pelo serviço de Pronto Atendimento, no mês de janeiro de 2011. Os resultados mostram que dos 3.984 prontuários analisados, 57,91% dos atendimentos deveriam ter sido realizados em Atenção Básica, ou seja, 42,09% eram situações de urgência/emergência ou situações que em potencial poderia se transformar nestas. A dor foi a causa mais evidenciada de procura pelo serviço, bem como a diarreia e vômitos. Pressupõem-se assim que a Estratégia de saúde da família não tem sido procurada ou que a assistência prestada pela mesma não tenha a resolubilidade esperada. Também falta orientação da população quanto a busca pelos serviços.

Palavras-chave: Utilização; Triagem; Etiologia.

ABSTRACT

Quantitative research, documentary, retrospect, carried through in 2011 in the city of Criciúma/SC. It objectified to identify to the demand of atendimentos and causes of the search for the service of Ready Attendance, in the month of resulted January of 2011. Os show that of 3,984 analyzed handbooks, 57.91% of the atendimentos must have been carried through in Basic Attention, that is, 42.09% were urgency situations/emergency or situations that in potential could be changedged into these. Pain was the evidenced cause more of search for the service, as well as the diarreia and vomits. They as soon as estimate the Strategy of health of the family has not been looked for or that the assistance given for the same one does not have the waited resolubilidade. Also it lacks to orientation of the population how much the search for the services.

Keywords: Use; Selection; Etiology.

INTRODUÇÃO

É notório que o atendimento médico-hospitalar tem como uma de suas principais características o descompasso estrutural entre oferta de recursos e demanda. No caso das urgências, o pronto atendimento do paciente é, muitas vezes, o que separa a vida da morte, a recuperação da saúde da incapacidade física permanente. Com a modificação do perfil epidemiológico da morbi-mortalidade nas áreas metropolitanas, com o crescimento das causas externas, o atendimento de urgência ganha maior relevância (DALLARI, 2001).

A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população brasileira (VIEIRA, 2008)

Esse panorama tem justificado iniciativas e investimentos do Ministério da Saúde (MS), em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios visando estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências. Nesse sentido foram implementadas: a Portaria GM/MS 2048, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; a Portaria nº 1.863 GM/MS de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e determina em seu Artigo 3º a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar; a Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e os serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional, suas Centrais de Regulação Médicas de Urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192 (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência (VIEIRA, 2008)

Com a implantação destes serviços de atendimento móvel de urgência, também aumenta as demandas dos serviços de Pronto Atendimento, uma vez que as situações de menor risco são encaminhados a eles.

O presente estudo objetivou identificar as demandas de um Pronto Atendimento 24 horas do município de Criciúma/SC quanto ao número e as causas da procura pelo serviço.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, documental, retrospectivo, realizado em agosto de 2011, referente atendimentos de um Pronto Atendimento 24 horas tendo como mês de referência janeiro 2011. O objetivo foi identificar a demanda e causas de procura pelos serviços de saúde em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Foram utilizados 3.894 prontuários dos pacientes atendidos na UPA no mês janeiro de 2011 e identificados a causa do atendimento. O Projeto foi submetido ao CEP e teve parecer autorizador com número de 342/2011. Foi seguido o proposto pela Resolução 196/96 do CNS.

RESULTADOS

Dor, êmese e vômito, dermatite, ansiedade, febre, inflamações, pequenas cirurgias, traumas e procedimentos, foram às causas de maior procura pelo serviço do Pronto Atendimento. Destas, a dor e trauma são as únicas que de fato são urgências e ansiedade e febre em potencial podem vir a ser urgência/emergência, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1 - Demanda do PA 24 horas.

Causas	Quantidade	%
Alcoolização e agitação psicomotora	18	0,46
Anemia	07	0,17
Ansiedade, depressão, stresse e síndrome do panico	119	3,05
Arritmias	09	0,23
Asma e DPOC	09	0,23
Astenia	41	1,05
AVE	05	0,12
Cantoplastia	17	0,43
Constipação	08	0,20
Corpo estranho	124	3,18
Crise convulsiva	17	0,43
Dermatite	238	6,11
Desmaio	04	0,10
Diabetes Mellitus	12	0,30
Diarreia	271	6,95
Disfagia	14	0,35
Dismenorreia	41	1,05
Dispneia	50	1,28
Dor	1.098	28,19
Dor precordial	64	1,64
DST's	07	0,17
EAP	04	0,10
Edema de membros	26	0,66
Êmese e vomito	447	11,47
Epistaxe	08	0,20
Febre	108	2,77
Gripe	24	0,61
Hemorroida	03	0,07
Herpes	07	0,17
Hiperglicemia	01	0,02
Hipertensão Arterial	66	1,69
Hipoglicemia	01	0,02
Hipotensão	05	0,12

Infecções	20	0,51
Inflamações	207	5,31
Linfonodomegalia	04	0,10
Melena	02	0,05
Mordedura de cão	15	0,38
Obstrução nasal	09	0,23
Odinofagia	39	1,00
Outros atendimentos	233	5,98
Pequenas cirurgias	129	3,31
Queimadura	20	0,51
Sudorese	09	0,23
Suspeita de TB	02	0,05
Sutura	18	0,46
Tosse	77	1,97
Trauma	150	3,85
Ulceras	15	0,38
Vertigem	72	1,84
Total	3.894	100

Fonte: Dados do pesquisador

Figura 1 - Demanda do PA 24 horas.



Fonte: Dados do pesquisador

Quando observa-se a tabela a seguir percebe-se que 5742,09% dos atendimentos realizados no PA 24 horas são à sujeitos em situação de urgência ou emergência ou em situação que potencialmente podem ser de urgência e emergência.

Tabela 2 - Demanda de urgência e emergência no PA 24 horas.

Causas	Quantidade	%
Arritmias	09	0,54
AVE	05	0,30
Corpo estranho	124	7,56
Crise convulsiva	17	1,03
Dispneia	50	3,05
Dor	1.098	66,99
Dor precordial	64	3,90
EAP	04	0,24
Epistaxe	08	0,48
Hiperglicemia	01	0,06
Hipertensão Arterial	66	4,02
Hipoglicemia	01	0,06
Hipotensão	05	0,30
Melena	02	0,12
Mordedura de cão	15	0,95
Queimadura	20	1,22
Trauma	150	9,15
Total	1.639	100

Fonte: Dados do pesquisador

Figura 2 - Demanda de urgência e emergência no PA 24 horas.

Fonte: Dados do pesquisador

DISCUSSÃO

São tecidos a dura e penosa realidade das emergências nos serviços de saúde no Brasil, na qual diferentes atores se entrelaçam, mesmo que sequer a considerem ou percebam. Uma delas aponta para o longo percurso enfrentado pelos usuários, e sua rede social, nas múltiplas triagens que passam para ter validado seus pedidos e necessidades de acesso ao atendimento. Este percurso se caracteriza, seja pela necessidade de ter de se enquadrar no que é ambivalentemente entendido como urgência/emergência com base no discurso biomédico e nos heterogêneos critérios dos diferentes profissionais envolvidos (NEVES, 2006).

No entanto, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde àquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (GARLET, 2009).

Segundo o MS (GARLET, 2009) o grande número de acidentes e da violência urbana que vitimizam dezenas de pessoas diariamente tem mobilizado gestores de saúde a investir na estrutura assistencial que dê resposta às reais necessidades da população, o que significa investimento também na capacitação e aperfeiçoamento de profissionais técnicos.

CONCLUSÃO

Muitos dos Pronto Atendimentos realizam mais assistência ambulatorial do que propriamente dito em urgência e emergência, a exemplo, os resultados encontrados nesta pesquisa, que mostra que 57,91% não foram atendimentos de urgência e emergência, ou seja, 42,09% são atendimentos ambulatoriais.

Há que se fazer educação em saúde com a população, a fim de orientar quanto a característica dos serviços de urgência e emergência e serviços que possam ser realizados a nível de Unidade Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

DALLARI, SG . Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. Saude soc., São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2001 .

VIEIRA, CMS; MUSSI, FC. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008 .

NEVES, CAB. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, Mar. 2006

GARLET, ER. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 18, n. 2, jun. 2009 .

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS ENTRE HOMENS NA REGIÃO DE CRICIÚMA

Vânia Kátia Menegalli Mojeen

Mestre em Ciências da Saúde, Docente, Preceptora PET Saúde, Psicóloga, UNESC, Criciúma/SC

Ketrin Cancelier Fachin

Psicóloga, UNESC, Criciúma/SC

Mágada Tessmann Schwalm

Mestre em Educação, Docente, Tutora PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho), Enfermeira, UNESC Criciúma/SC

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre em Enfermagem, Docente, Coordenadora PET Saúde, Enfermeira, UNESC, Criciúma/SC

Ana Lucia Camargo Fagundes

Especialista, Docente, Preceptora PET Saúde, Médica, UNESC, Criciúma/SC

Ana Regina da Silva Losso

Mestre em Saúde Coletiva, Docente, Enfermeira, UNESC, Criciúma/SC

RESUMO

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado com homens de 20 a 59 anos para determinar a prevalência do uso/abuso de substâncias psicoativas em um bairro na cidade de Criciúma, Santa Catarina. Foi utilizado um diagnóstico contendo 80 questões de múltipla escolha, com objetivo de avaliar os hábitos de vida destes homens. A amostra desta pesquisa foi composta por 246 homens. Na aplicação dos instrumentos quanto ao uso elevado de drogas ilícitas e lícitas, tivemos os seguintes resultados: 65,81% são homens fumantes, 42,30% são usuários de álcool de 1 a 4 doses, 11,56% de 5 a 9 doses, 20,94% de 10 a 13 doses e acima de 14 doses ou mais, 5,56%. Entre os homens que fizeram ou fazem uso/abuso de substâncias psicoativas, observou-se que 77,35% deles afirmam já ter consumido tais substâncias quando comparado com um índice de 22,64% que relataram não ter usado substâncias psicoativas durante a vida. Quando os entrevistados foram solicitados para descreverem as substâncias utilizadas, apresentaram os seguintes resultados: a maconha com 65,04%, o craque com 34,65%, cocaína 24,39% e alucinógenos (não houve descrições mais específicas) 19,91%. Com estes dados podemos observar que houve uma diferenciação em torno de 45% entre as substâncias mais citadas e as menos usadas.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Uso/Abuso de Substâncias Psicoativas; PET – Saúde.

INTRODUÇÃO

O PET Saúde do Homem é uma vertente do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde que é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação. Esta é uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS.

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação.

Os objetivos do PET Saúde do Homem é conhecer as demandas de saúde da população masculina jovem e adulta; Promover a valorização da saúde do homem entre os profissionais de saúde, estimulando seu acolhimento na Atenção Básica; Estimular a participação da população masculina na procura pelos serviços de saúde; Desenvolver ações entre a população masculina, na perspectiva de gênero, para: enfrentamento da violência e do uso abusivo de álcool e outras drogas; prevenção e assistência aos casos de tuberculose, hipertensão e diabetes; e atenção à saúde sexual e reprodutiva.

Deste modo, este projeto visa trazer algumas contribuições para atenção básica como a qualificação da atuação profissional no tocante ao atendimento/execução da política de saúde do homem, a ampliação das ações de natureza intersetorial, a partir da perspectiva de gênero, estabelecimento de parcerias entre profissionais, usuários e comunidade, no enfrentamento das demandas de saúde da população masculina.

Por meio deste projeto observou-se nos homens entre 20 a 59 anos um alto índice no que se refere ao uso de drogas. Em pesquisa de ONGS's constatou-se que há um alarmante aumento no uso de entorpecentes e que não faz distinção entre as classes, o que de fato é uma grave realidade. (Freitas, 2008)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo,

afeta sua estrutura ou funcionamento e são divididas em drogas lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas livremente e que são aceitas pela sociedade. Os dois principais exemplos de drogas lícitas são o cigarro e o álcool, mas da mesma forma compreendem anorexígenos (moderadores de apetite), benzodiazepínicos (remédios utilizados para reduzir a ansiedade), entre outros. A cocaína, a maconha, o craque, a heroína, são consideradas drogas ilícitas, ou seja, são drogas cuja comercialização é proibida pela legislação e não são aceitas socialmente.

É importante ressaltar que não é pelo fato de serem lícitas, que essas drogas são pouco ameaçadoras; a alerta é da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005). Segundo o órgão, as drogas ilícitas respondem por 0,8% dos problemas de saúde em todo o mundo, enquanto o cigarro e o álcool, juntos, são responsáveis por 8,1% desses problemas.

Não obstante, estudos realizados a nível nacional indicaram que as drogas lícitas são as mais utilizadas, podendo ser destacados respectivamente como o álcool e o tabaco. Estes dados são confirmados devido ao fácil acesso desde jovens as bebidas e ao cigarro, incentivado por vezes dentro da própria casa.

Cabe ressaltar que o alcoolismo trás consigo estatísticas de criminalidade, acidentes de trabalho, violência no trânsito, entre outros que confirmam sua problemática social ressaltando sua gravidade principalmente quando vinculada a situações corriqueiras de violência e mortalidade. (Bortoletto, 1990)

De tal forma é considerado uma gravidade que pela Organização Mundial de Saúde é considerado e reconhecido como doença, sendo a mais freqüente toxicomania relacionada ao âmbito mundial. (Souza e Martins, 1998).

No que se refere ao tabaco, o seu uso intenso aumenta a probabilidade de ocorrência de algumas doenças como, por exemplo, infarto do miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, derrame cerebral, úlcera digestiva, etc. O cigarro tem um potencial carcinogênico (isto é de provocar câncer) que é certamente, um dos mais importantes aspectos estudados. O fumo contém cerca de 80 substâncias cancerígenas, entre as quais se destacam o benzopireno e nitrosaminas. Há também estudos mostrando que as pessoas que fumam 1 – 2 maços de cigarros por dia vivem cerca de 8 anos menos do que aqueles que não fumam. (CEBRID, 2003)

Assim, o critério de legalidade ou não de uma droga é historicamente variável e não está relacionado, necessariamente, com a gravidade de seus efeitos. Nesse sentido, há uma indagação quanto à aceitação da sociedade a estas drogas sabendo da sua capacidade devastadora, tanto para o indivíduo quanto para o grupo relacionando problemas de saúde em escalas alarmantes, considerando da mesma forma a dependência nos usuários. Alguns até mesmo cogitam a ideia de que essa mudança não ocorre devido aos jogos de interesses políticos, e, sobretudo, econômicos.

Desta forma, os resultados em relação ao uso de álcool no Brasil, revelam que 77,3% dos homens e 60,6% das mulheres já fizeram uso de álcool na vida, totalizando em 68,7% o número de participantes que já fizeram uso de álcool na vida. Em todas as faixas etárias estudadas, os indivíduos do sexo masculino fizeram mais uso de álcool na vida do que os indivíduos do sexo feminino.

Quanto ao uso regular de bebidas alcoólicas (mínimo de 3 a 4 vezes por semana, incluindo aqueles que bebem diariamente), 9,1% dos homens e 1,7% das mulheres fazem uso regular de álcool, totalizando em 5,2% o número de indivíduos que bebem regularmente. É importante notar a diferença entre o consumo regular de álcool por homens e mulheres.

No ano de 2005, o CEBRID realizou a segunda versão desse estudo, intitulado de “II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005”, visando a acompanhar o panorama geral de uso de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e de notar possíveis flutuações na prevalência de uso dessas substâncias. A pesquisa analisou que o número de brasileiros, com idades entre 12 e 65 anos, dependentes de bebidas alcoólicas foi de 12,3%, o que corresponde à população de 5.799.005 pessoas.

No mesmo contexto, muitos usuários de drogas acreditam, por exemplo, que os danos causados pela maconha faça menos mal que um cigarro, alias, costumam até usar para justificar o consumo. (Freitas, 2008)

No II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas do Brasil no que se refere a região sul ficou evidente que a droga ilícita mais utilizada é a maconha, cerca de 9,7% da população já usou alguma vez na vida esta droga, seguida de cocaína 3,1% e craque 1,1%, demonstrando um índice alto comparado as outras regiões, sendo a segunda região com índices acima no que se refere ao uso de maconha no Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa de cunho descritivo foi realizada com uma amostra de 246 homens, na faixa etária de 20 a 59 anos, do Bairro Vila Manaus, na região de Criciúma, no sul do Estado de Santa Catarina, com indivíduos que possuíam idade média de 43,12 anos ($DP \pm 8,54$), sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 59 anos. Ao que se refere à faixa etária dos colaboradores, ficou ratificado que 23,58% ($n=58$) encontram-se entre 20 a 39 anos, 54,88% ($n=137$) entre 40 e 49 anos, 21,54% ($n= 53$) entre 50 e 59 anos.

O instrumento empregado para a coleta de dados foi um roteiro elaborado pela equipe a fim de realizar o diagnóstico de vida e saúde dos homens desta comunidade na faixa etária entre 25 a 49 anos. O roteiro contém 80 questões de múltipla escolha, a maior parte das quais visando levantar informações sobre os hábitos na vida dos homens, iniciando com questões de identificação, condições de saúde, aspectos psicológicos, violência, envelhecimento, sexualidade e outros aspectos.

O critério de escolha baseou-se em 1 para 3 domicílios, pois os questionários foram preenchidos com o auxílio da população em suas próprias casas. As empresas da região também colaboraram com o processo, liberando seus funcionários daquela região para contribuir para a pesquisa

Os dados foram coletados no mês de agosto e setembro de 2010. A aplicação média variava de 10 minutos a 15 minutos dependendo da objetividade das respostas. A escolha dos indivíduos foi feita aleatoriamente, buscando sempre a imparcialidade. O intervalo de confiança utilizado foi 95% ($p = 0,05$).

RESULTADOS

Por meio da pesquisa e dos dados coletados observou-se que o uso de drogas lícitas fica evidencialmente acima do percentual das drogas ilícitas, configurando um total de 65,81% homens que são fumantes contra 19,23% dos entrevistados que nunca fumaram, 8,54% deles relatam ter parado a 2 anos e 6,4% que pararam a em média 1 ano. Quando questionados aos fumantes quantos cigarros por dia fumavam os números são alarmantes, sendo que 17,53%

consomem menos de 5 cigarros por dia, 52,59% de 5 a 15 cigarros e por fim de 15 a 20 cigarros, ou seja, 29,88% fumam uma carteira de cigarro diariamente.

No que se refere ao uso de álcool, foi analisado que durante a semana 19,24% dos homens não bebem. Aqueles que bebem de 1 a 4 doses são 42,30%, de 5 a 9 doses totalizam 11,56%, de 10 a 13 doses 20,94% e acima de 14 doses ou mais 5,56%.

Entre os homens que fizeram ou fazem uso de droga observou-se que 77,35% deles afirmam já ter consumido tais substâncias contra um índice de 22,64% que relataram não ter usufruído desta substância durante a vida. Quando solicitado que descrevessem as drogas utilizadas houve uma diferenciação entre o mais citado e o último, cerca de 45% . Respectivamente, a maconha com 65,04%, o craque com 34,65%, cocaína 24,39% e alucinógenos (não houve descrições mais específicas) 19,91%.

DISCUSSÃO

Os índices apresentados na pesquisa são considerados altos quando relacionados aos índices nacionais. Quando relacionado ao uso de álcool os dados apresentam que 65,81% entre os homens da faixa etária de 20 a 59 anos. No entanto, essa margem está dentro do nível nacional em que a estimativa de usuário de álcool foi de 74,6%.

Segundo o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas do Brasil, em 2001, 6,9% da população brasileira já tinham tido algum contato com a maconha. Em 2005, essa fatia subiu para 8,8%. Se comparado com as perspectivas apuradas nesta pesquisa constatou-se que 65,04% são usuários ou já tiveram contato com esta droga durante a vida.

O craque ao percorrer a corrente sanguínea, primeiro deixa o usuário se sentindo energizado, mais alerta e mais sensível aos estímulos da visão, da audição e do tato. O ritmo cardíaco aumenta, as pupilas se dilatam e a pressão sanguínea e a temperatura sobem. O usuário pode começar, então, a sentir-se inquieto, ansioso e/ou irritado. Em grandes quantidades, o craque pode deixar a pessoa extremamente agressiva, paranóica e/ou fora da realidade.

Sabendo-se das consequências destrutivas do craque, o aumento de uso desta droga, que nas pesquisas chegava a quinto lugar, mostrou-se ascendente,

pois foi considerada a segunda mais utilizada, com 34,65% das pessoas entrevistadas relatando o uso.

Cabe ressaltar, que para o homem, parece nunca sobrar espaço para uma consulta. Médico, só quando a dor já se tornou insuportável. É uma questão cultural.

Além disso, a resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessa pessoa, justifica o texto do Ministério da Saúde que institui a política de atenção integral à saúde do homem.

CONCLUSÃO

O uso e abuso de drogas é uma realidade cada vez mais freqüente em âmbito nacional e como analisado nesta pesquisa nos bairros das cidades também se enquadram neste aumento.

Desta forma, o conselho nacional antidrogas aprovou a política nacional sobre drogas de 2005, que possui como um de seus pressupostos buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros. Ou seja, é necessário elaborar estratégias que auxiliem no conhecimento dos malefícios e conseqüências que o uso e abuso das drogas.

As estratégias favoráveis para a prevenção do uso de drogas na população seriam a educação com treino de habilidades para a busca de melhores maneiras de lidar com o estresse, detecção precoce do uso de substâncias, fornecimento de informação científica e programas de professores e/ou tutores treinados para detectar problemas dessa natureza. (Silva, et. al. 2006)

Deve-se ressaltar que a implantação de programas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e drogas, demanda o conhecimento da realidade do consumo, incluindo aspectos relacionados ao consumo geral e em populações específicas, bem como no que diz respeito aos tipos de drogas consumidos, e ainda indicadores estatísticos sobre as suas conseqüências (hospitalares, mortes, apreensões, entre outras). (Canoletti & Soares, 2004; Galduróz, et al, 2003).

No entanto, considerando que a população em estudo é masculina, já há uma resistência aos procedimentos anuais ou mesmo diários de saúde, até mesmo pelo fato de trabalharem e as UBS não oferecerem horários especiais para atender esta população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G., QUEIRÓZ, S., VILLABOIM, R. C. M., CESAR, C. L. G., ALVES, C. G. P., BASSIT, A. Z., GENTIL, V., SIQUEIRA, A. A. F., & TOLOSA, E. M. C. (1997). Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, 19(2), 53-59

CANOLETTI, B., & SOARES, C.B. (2004). Drug consumption prevention programs in Brazil: Analysis of the scientific production from 1991 to 2001, *Interface* (Botucatu), 9(16), 115-129.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. (2003). *Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas*. São Paulo, SP: Cromosete. FREITAS, Carlos Roberto. **Do luxo ao lixo: uma trajetória ao submundo das drogas**. Criciúma, SC: Ed. do Autor, 2008.

GALDURÓZ, J. C. F., NOTO, A. R., NAPPO, S. A., & CARLINI, E. A. (2003). Comparações dos resultados de dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no estado de São Paulo nos anos de 1999 e 2001. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(1), 43-51.

II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005, CEBRID, Departamento de Psicobiologia – UNIFESP
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspectives from Low and Middle Income Countries / Social consequences of alcohol consumption in Argentina, 2005.

ARAGUAIA, M. Falando sobre drogas lícitas e ilícitas. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/drogas/crack.htm>> Acessado em 14 de novembro.

ARAÚJO, A. Causas e consequências das drogas. Disponível em <<http://www.infoescola.com/drogas/drogas-licitas-e-ilicitas>> Acessado em 14 de novembro.

FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO A SAÚDE A PARTIR DAS AÇÕES DO PET SAÚDE – LINHA DE PESQUISA 05 COM CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS DO BAIRRO VILA BELMIRO/JARDIM UNIÃO – CRICIÚMA/SC

Nádia Webber Dimer

Acadêmica do curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Janice Tramontin

Egressa do curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense

Juliana Patricia Santos de Oliveira

Acadêmica do curso de Medicina. Universidade do Extremo Sul Catarinense

Andréia Sharon Salomão Netto

Especialista. Psicóloga. Coordenadora de Educação Permanente em Saúde. Secretária Municipal do Sistema de Saúde de Criciúma. deiapsic1@hotmail.com.

Marco Antonio da Silva

Mestre. Docente do Curso de Nutrição. Universidade do Extremo Sul Catarinense. mar@unescc.net.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram reconhecer a situação da obesidade infantil em crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes à Unidade de Estratégia em Saúde da Família do bairro Jardim União/ Vila Belmiro Criciúma para trabalhar o fortalecimento das ações de prevenção e promoção a saúde, PET SAÚDE, linha de pesquisa 05. Metodologia: Caracterizou-se como ação extensionista e pesquisa quantitativa desenvolvida junto a equipes de ESF, escolas e CEIs municipais para diagnosticar o estado nutricional das crianças menores de 10 anos. Foram coletados dados de peso e estatura para classificação do estado nutricional pelo indicador Índice de Massa Corporal por idade (IMC/I), conforme proposta da OMS. Resultados e Discussão: O total de crianças menores de 10 anos avaliadas foi de 404, destas 52,3% (195) eram do sexo masculino e 47,7% (178) do sexo feminino. Crianças com menos de 5 anos corresponderam a 48,0% (194), e de 5 a 10 anos de idade a 52,0% (210). A avaliação do estado nutricional foi realizada pelo cálculo do IMC para idade, com 0,7% (3) com magreza acentuada, 1,7% (7) com magreza, 73,8% (298) eutróficos, 15,1% (61) risco de sobrepeso/sobrepeso, 8,4% (34) sobrepeso/obesidade, 2,0% (1) obesidade grave. Quando somados risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade/grave encontram-se 23,76% (96). Conclusão: Os dados apontam elevada prevalência de sobrepeso e obesidade. Sugerem intervenção de promoção e estímulo a uma alimentação saudável, bem como medidas preventivas de educação nutricional. A ação possibilitou a interdisciplinaridade no processo de aprendizagem.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Alimentação; Saúde.

ABSTRACT

The objectives of the study had been to recognize the situation of the infantile obesity in children of 0 the 10 pertaining years of age to the Unit of Strategy in Health of the Family of the quarter Garden Union Village Belmiro Criciúma to work the reinforcement of the actions of prevention and promotion the health. Methodology: It was characterized as extensionista action and developed quantitative research next to ESF teams, municipal schools and CEIs to diagnosis the state nutricional of the lesser children of 10 years. They had been collected given of weight and stature for classification of the nutricional state for the indicating Index of Corporal Mass for age (IMC/I), as proposal of the OMS. Results and Quarrel: The total of lesser children of 10 years evaluated was of 404, of these 52.3% (195) were of masculine sex and 47.7% (178) of the feminine sex. Children with less than 5 years had corresponded 48.0% (194), and of 5 the 10 years of age 52.0% (210). The evaluation of the nutricional state was carried through calculates by it of IMC for age, with 0,7% (3) with magreza accented, 1.7% (7) with magreza, 73.8% (298) eutróficos, 15.1% (61) risk of overweight/overweight, 8.4% (34) overweight/obesidade, 2.0% (1) serious obesidade. When added risk of overweight, overweight and serious obesidade/23.76% meet (96). Conclusion: The data point high prevalence of overweight and obesidade. They suggest intervention of promotion and I stimulate to a healthful feeding, as well as writs of prevention of nutricional education. The action made possible the interdisciplinaridade in the learning process.

Keywords: Childhood Obesity; Health; Food.

INTRODUÇÃO

Inúmeras foram às mudanças sociais, econômicas e culturais ocorridas nas últimas décadas e com a saúde não foi diferente. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde com a constituição de 1988 a saúde vem passando por uma série de transformações. Nesse ínterim percebeu-se a importância de cuidar da vida e de suas vulnerabilidades, minimizar as chances de adoecer, bem como reduzir a possibilidade de incapacidades, de sofrimentos crônicos e de mortes prematuras seja para si mesmo como para com a coletividade (Política Nacional de Promoção à Saúde). A partir dessa reflexão pode-se analisar o processo além da saúde-adoecimento. Assim, o modo de organização da sociedade, do trabalho, das condições de vida, entre outros auxiliaram numa visão mais ampla da questão saúde.

Quando se fala em integralidade na atenção à saúde, tema bastante utilizado atualmente, não se pode esquecer que tal termo não apenas se refere a

uma diretriz constante na legislação do SUS – Sistema Único de Saúde. Tal enunciado faz referência a uma construção coletiva em defesa a saúde. O compromisso com a integralidade faz jus ao aprendizado contínuo e na prática multiprofissional. Para tanto o olhar do profissional de saúde, comprometido, precisa considerar o usuário do serviço de saúde em suas múltiplas facetas, ou seja, na sua história de vida, no seu contexto familiar, no seu ambiente e na sociedade ao qual está inserido (MACHADO, et al, 2007). A partir deste cenário, agregada a outras informações que serão compostas nas relações estabelecidas entre usuários e equipes de saúde poderão ser constituídas estratégias para minimizar os problemas, prevenir agravos e atuar na promoção a saúde.

Cabe reforçar que é a partir do diálogo e da ação e reflexão contínuas, se constituem em momentos nos quais se estabelecem os elementos produtores da educação em saúde junto à coletividade, auxiliando o usuário a cuidar de si, da sua família e do outro.

Uma das problemáticas mais difíceis em lidar na atualidade é a obesidade. O tema aparece como um desafio em saúde pública e vários são os questionamentos a esse respeito. Um deles pode ser descrito em como orientar famílias carentes para uma alimentação mais adequada e hábitos de vida mais saudáveis, sendo que as mesmas não possuem recursos nem para as necessidades básicas?

A Questão da Obesidade

A obesidade configura-se como uma patologia de causa multifatorial, que incorpora uma série de fatores genéticos e ambientais. Ainda são poucas as pesquisas que levantam os aspectos psicológicos relacionados com a origem da obesidade. Os estudos que tratam desta temática lidam muito mais com as questões de ordem orgânica, como os fatores genéticos, biológicos e funcionais, em detrimento dos efeitos que tal doença acarreta na vida das pessoas (MISHIMA e BARBIERI, 2009). Contudo observa-se que a continuidade da obesidade está ligada de uma geração a outra, pois quando a criança, filha de pais obesos, costuma tornar-se, na idade adulta, obesa também. Dessa forma fica difícil avaliar o que pertence aos estudos da genética e onde inicia a contribuição dos fatores ambientais, haja vista, ser bastante comum os filhos compatilharem hábitos

alimentares e atividades físicas, reproduzindo o modelo proposto pelos pais (BALABAN e SILVA, 2004).

Diante desse panorama e apesar dos impactos maciços da obesidade em termos de saúde pública, falta ainda um acompanhamento mais preciso no que diz respeito à proporção de investigações sobre o problema da obesidade e, mais ainda no que está envolvido na relevância desse problema em jovens e adultos (MISHIMA e BARBIERI, 2009).

Em se tratando de Brasil, segundo a ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade em média 40% dos brasileiros são obesos ou estão com sobrepeso (FISBERG, 2005). Com o aumento crescente da obesidade estima-se que na primeira metade do terceiro milênio todos os brasileiros podem vir a se tornar obesos.

Obesidade Infantil

Não é de hoje que a obesidade afeta de maneira considerável a saúde da população tornando-se um dos mais graves problemas de saúde pública. É comum a opinião de estudiosos que a obesidade acomete tanto crianças como adultos. No caso das crianças as implicações da obesidade trazem uma série de complicações na vida adulta. O manejo com a criança muitas vezes torna-se mais complicado do que na idade adulta, pois se relaciona com hábitos de vida, da clareza de entendimento da criança sobre as conseqüências da obesidade, bem como a disponibilidade dos pais ou responsáveis em lidar com essa questão, além do engajamento no processo de mudança de hábitos de alimentação e estilo de vida da criança, os quais se refletem muitas vezes no repensar o seu próprio modo de encarar tal situação (MELLO e MEYER, 2004).

Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) a prevalência de obesidade no contingente infantil tem aumentado em torno de 10 a 40%, sendo os países europeus os mais afetados nos últimos 10 anos. Nos dados apresentados a obesidade aparece de maneira mais freqüente no primeiro ano de vida, entre as idades de 5 e 6 anos e entre adolescentes.

No Brasil, a obesidade em crianças vem apresentando números crescentes, com base em vários estudos sobre o tema. A obesidade aparece identificada em diferentes níveis econômicos. A classe econômica de nível

socioeconômico mais alto demonstra padrões de obesidade. No entanto, levando em consideração que a obesidade tem a ver com estilo de vida, ocupação, educação e renda, pode-se perceber que tais indicadores influenciam diretamente no comportamento e nas escolhas de alimentação e de gasto calórico, bem como nas alterações das taxas metabólicas. No entanto sabe-se que as classes mais altas possuem acesso e possibilidade de escolha quando o assunto é alimento. Em outras palavras alimentos saudáveis como frutas, verduras, carnes magras, peixes e outros são mais restritos e muitas vezes não fazem parte do hábito de vida de classes socioeconômicas mais baixas (MELLO e MEYER, 2004).

Estima-se com relação às crianças que em torno de 7% de obesos são meninos e 9% são meninas, de acordo com dados publicados na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (TADDEI, 1993). Em cidades brasileiras como a Bahia são 9,3% de crianças com sobrepeso, sendo que 4,4% com obesidade (OLIVEIRA, CERQUEIRA & OLIVEIRA, 2003). Já em São Paulo o panorama da obesidade fica em 2,5% em crianças menores de 10 anos, nas classes socioeconômicas menos favorecidas e, 10,6% em classes socioeconômicas mais favorecidas (MONTEIRO, MONDINI, SOUZA & POPKIN, 1995). Na capital Recife juntando a obesidade e sobrepeso estima-se 30% entre crianças e adolescentes (BALABAN & SILVA, 2001).

Além dos fatores determinantes da obesidade infantil como peso gestacional, o desmame precoce, e o uso inadequado de alimentos complementares na dieta da criança estão também o comportamento alimentar e as dificuldades na relação familiar. Cabe ressaltar que na transição da adolescência para a vida adulta estão implicadas mudanças que envolvem comportamentos como baixa auto-estima, sedentarismo, influências da mídia consumista, alimentação pouco balanceado, entre outros comportamentos ligados a vida moderna (FISBERG, 2005).

Os aspectos psicológicos da obesidade resultam em sinais marcantes para a criança que a acompanharão durante toda a sua vida. Inicialmente as dificuldades aparecem, por exemplo, na prática desportiva, no sofrimento com os apelidos, no sentimento de inferioridade perante aos demais colegas, fortalecendo o desprezo por si mesmo (SCHWARTZ & PUHL, 2003).

É bastante comum que características relacionadas à dependência, imaturidade, passividade e baixa auto-estima sejam considerados como qualidades das crianças obesas (ADES & KERBAUY, 2002; BANIS, VARNI & WALLANDER,

1988). Tais predicados são potencializados na dinâmica psicossocial da criança promovendo o aumento de sentimentos tais como a solidão, o nervosismo, a tristeza e outros (LOKE (2002).

Em pacientes adultos portadores de obesidade mórbida é bastante comum que tragam na sua história de vida a opção por ficarem longe do convívio social, protegendo-se assim das agressões verbais e não verbais que os vem acompanhando desde a infância (LEMES, 2005). O preconceito e as agressões são vivenciados no ambiente escolar e profissional, bem como no ambiente familiar com discriminação e cobranças constantes, apresentados na forma como são vistos e tratados.

A obesidade traz em seu bojo fatores de dificuldade tanto física quanto mental. Não há uma idade específica para se abordar o tema. Como já foi mencionado a obesidade é multifatorial e por esse motivo não pode ser compreendida de maneira isolada. Dessa forma é imprescindível levar em consideração a família, como base no apoio ao tratamento do obeso, como também atuando como estimulador dessa doença.

Os desdobramentos da obesidade infantil podem ser notadas a curto, médio e longo prazo. Uma das conseqüências que se pode referir estão nas patologias ortopédicas, os distúrbios respiratórios, a diabetes, a hipertensão arterial e outros. A médio e longo prazo sabe-se que as doenças cardiovasculares são forte para quem desenvolveu obesidade desde a infância. Uma série de complicações acompanha a obesidade, dentre elas a cirrose, ou esteatohepatite não alcoólica, cujo desfecho positivo está na perda de peso de forma gradual (BALABAN e SILVA, 2004). Quando se fala em obesidade é válido ressaltar que por se tratar de uma doença crônica, de difícil tratamento, além de uma série de associações com situações de morbi-mortalidade e aumento considerável de sua prevalência, medidas preventivas precisam estar na frente de qualquer estratégia de intervenção deste problema (BALABAN e SILVA, 2004).

A amamentação, por exemplo, pode significar um importante papel na prevenção do sobrepeso, da obesidade infantil, bem como do adulto obeso e a replicabilidade desse problema de saúde em futuras gerações (LOURENÇO e CARDOSO, 2009). No entanto há consenso quando se refere que o aleitamento materno demonstra possuir um efeito protetor quanto à obesidade infantil. Mesmo

assim necessita de uma investigação mais aprofundada para gerar dados mais conclusivos frente a essa questão (BALABAN e SILVA, 2004).

Já as crianças obesas podem participar de uma readequação dos seus hábitos alimentares por meio de atividades lúdicas que tragam essa temática de uma forma mais ampla e de acordo com o seu nível de desenvolvimento e entendimento. Além disso, um trabalho voltado aos pais e professores mostra-se benéfico no fortalecimento das ações de prevenção de agravos e da promoção à saúde.

O Pet-saúde e a Educação

As instituições de ensino superior, através do ensino, da pesquisa e da extensão, têm um papel fundamental como catalisadora de mudanças sociais, uma vez que são agentes preponderantes do processo educativo e de formação discente e podem efetivamente estimular as mudanças necessárias, com ênfase na formação baseada na interdisciplinaridade e na integralidade, possibilitando a geração de profissionais éticos, críticos e comprometidos com práticas mais humanísticas.

Além disso, espera-se também que este profissional tenha um olhar abrangente frente às múltiplas dimensionalidades do ser humano, e que esteja apto a atuar na saúde dentro dos eixos norteadores do SUS.

A práxis deve ser construída mediante interação entre o refletir e o atuar, realizada em condições concretas, constituindo-se em ato social. A práxis, dentro do contexto do ensino-aprendizagem deve proporcionar ações diretas, estimulando os acadêmicos a se tornarem ativos, partícipes da elaboração de seu próprio saber e comprometidos com um mundo melhor.

Assim insere-se o PET-SAÚDE CRICIÚMA, programa do Ministério da saúde em parceria com a Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC e a Prefeitura Municipal de Criciúma, onde acadêmicos e docentes dos cursos da área da saúde da UNESC e profissionais da saúde, particularmente aqueles envolvidos na Estratégia em Saúde da Família, compartilham experiências, e planejam e executam ações dentro das premissas do SUS, fortalecendo a formação acadêmica e beneficiando a população atendida.

Dentro da proposta de segurança alimentar, da prevenção e de tratamento da obesidade infantil (a criança, mas também seus familiares), na área

de abrangência do PET-SAÚDE, destaca-se o objetivo levar o acadêmico a ser capaz de:

- ✓ Articular a teoria e a prática no sentido de consolidar a aprendizagem nas áreas de conhecimentos pertinentes;
- ✓ Participar da equipe multiprofissional, incluindo equipe SF, acadêmicos de diferentes formações profissionais e docentes em ações integradas;
- ✓ Reconhecer, consolidar, analisar e avaliar dados de Vigilância Alimentar e Nutricional, coletados em nível local, propondo ações de resolutividade, para situações de risco nutricional na população atendida;
- ✓ Promover ações de educação alimentar e nutricional;
- ✓ Identificar grupos populacionais de risco nutricional para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visando o planejamento de ações específicas;
- ✓ Avaliar o impacto das ações de alimentação e nutrição na população assistida;
- ✓ Realizar visitas domiciliares identificando portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, promovendo o atendimento nutricional adequado;
- ✓ Identificar portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, para o atendimento nutricional adequado;
- ✓ Identificar portadores de doenças crônicas não transmissíveis, para o atendimento nutricional adequado;
- ✓ Prestar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio, elaborando o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos.
- ✓ Identificar, encaminhar para a notificação e investigação os casos de desnutrição grave, bem como fazer os aconselhamentos pertinentes;
- ✓ Implementar as políticas públicas de alimentação e nutrição.

Breve Contextualização das Atividades Desenvolvidas

O eixo Norteador do PET-SAÚDE CRICIÚMA, denominado PET-SAÚDE III por ser o terceiro ano de sua execução, são as “Tecnologias para a Integralidade

do Cuidado em Saúde na Estratégia Saúde da Família: consolidando o processo de ressignificação das práticas em saúde já iniciado pelas etapas anteriores do PET Saúde, e com isso promover a qualidade dos serviços oferecidos”. Dentro das linhas de ação propostas está a “prevenção da obesidade infantil e promoção da alimentação saudável como possibilidade para a integralidade do cuidado em saúde na ESF”, que tem como objetivo principal reconhecer a situação da obesidade infantil em crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes a área de abrangência das Unidades de Saúde propostas, e buscar estratégias que possam promover estilos de vida saudável, tanto nos cuidados de saúde primários, quanto no meio escolar e familiar.

As atividades desenvolvidas pela equipe da Linha 05 inserida nas Unidades de Saúde da Família dos Bairros Santa Barbara, Brasília, Vila Belmiro e São Simão, no primeiro momento se configuraram na aproximação dos acadêmicos e preceptores com a realidade das comunidades em questão. A parceria com as Unidades de Saúde, ESF e instituições de ensino nas respectivas áreas de abrangência facilitou o acesso ao público alvo (crianças entre 0 e 10 anos de idade) e a visualização de questões ligas à segurança alimentar (comércio de alimentos locais, distribuição de cestas alimentares, número de inscritos em programas de alimentação e nutrição, etc.).

Com as informações deste primeiro contato com a população alvo, a equipe Linha 05 elaborou as estratégias que permitissem atingir o público almejado de forma mais rápida e abrangente, contemplando os objetivos da linha 05. O plano de ação consistiu de:

- Obter informações precisas do número de crianças entre 0 e 10 anos residentes nas áreas de abrangência do PET SAÚDE Linha 05, a partir das Unidades de Saúde, ESF e das instituições de ensino locais.
- Definir o público alvo. Os dados preliminares mostraram que a maioria das crianças na faixa etária proposta estudavam em escolas municipais locais. A partir destas informações, a Equipe Linha 05 definiu como população a ser investigada todas as crianças entre 0 e 10 anos de idade residentes nos bairros São Simão, Santa Bárbara, Vila Belmiro e Brasília que estivessem matriculadas na rede de ensino municipal.
- Escolha das estratégias de ação. Para atingir os objetivos propostos, as estratégias elencadas pela Equipe Linha 05 foram:

- ✓ Diagnóstico nutricional da população alvo, ações de educação nutrição em feiras e eventos e nas instituições de ensino locais (teatro infantil, atividades lúdicas, entrega e explicação de material de orientação nutricional), elaboração de material informativo sobre alimentação e vida saudável, investigação do comportamento alimentar das crianças em risco nutricional, intervenção clínico nutricional às crianças em risco nutricional e orientações específicas aos respectivos familiares (visitas domiciliares).
- ✓ Como instrumento investigativo e para inserção plena dos acadêmicos participantes nas Unidades de Saúde optou-se pelo cadastramento da população investigada no SISVAN, a partir de coleta de dados e respectivo preenchimento do formulário SISVAN WEB e do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para as crianças menores e maiores de 05 anos, todos validados pelo MS (Anexos 1 e 3).

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) constituiu o instrumento adotado para a avaliação nutricional de crianças com idades entre 0 e 10 anos, moradoras dos bairros de abrangência do PET SAÚDE linha 05.

O SISVAN corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Estas informações irão fornecer a base para decisões a serem tomadas pela equipe PET SAÚDE Linha 05 visando o diagnóstico e a melhoria das condições nutricionais da população avaliada.

O SISVAN disponibiliza um sistema de informações nutricionais instalado em praticamente todos os municípios brasileiros. Trata-se de uma ferramenta informatizada, desenvolvida pelo DATASUS, que apresenta a possibilidade de registro de informações para monitoramento do estado nutricional da população atendida, alimentado principalmente por profissionais da Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Neste artigo é apresentado os resultados preliminares do diagnóstico nutricional da área de abrangência da unidade SF Santa Bárbara, localizada no município de Criciúma, SC.

Objetivos

Objetivo geral: Identificar o percentual de crianças com sobrepeso e obesidade na área de abrangência da unidade SF do bairro Vila Belmiro/Jardim União, município de Criciúma, SC.

Objetivos específicos:

- Reconhecer a situação da obesidade infantil no cenário da Unidade SF.
- Identificar o percentual de crianças com sobrepeso e obesidade (0 a 10 anos de idade).
- Cadastrar as crianças avaliadas no SISVAN.

METODOLOGIA

Pesquisa de temporalidade transversal, com abordagem quantitativa e amostragem não probabilística desenvolvida pela equipe PET-SAÚDE CRICIÚMA, Linha 05, abrangendo escolas e creches na área de abrangência da Unidades SF Vila Belmiro/Jardim União.

A população avaliada foram 404 crianças de ambos os sexos, entre 0 e 10 anos de idade, matriculadas em instituições de ensino da rede pública municipal, residentes nas áreas de abrangência da unidade.

Para avaliação do estado nutricional e cadastro no SISVAN foram coletados dados de peso, estatura/comprimento, idade, sexo e informações referentes à identificação e de saúde das famílias das crianças avaliadas, utilizando-se o formulário do SISVAN WEB (BRASIL, 2010). Para classificação do estado nutricional, adotaram-se os critérios preconizados pela OMS (WHO, 2006, 2007), conforme tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional pelo IMC de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS.

PONTOS DE CORTE	DIAGNÓSTICO
< Percentil 3	Baixo IMC para Idade
≤ Percentil 3 e < Percentil 85	IMC Eutrófico
≤ Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
≥ Percentil 97	Obesidade

Como parte das ações proposta pelo PET-SAÚDE CRICIÚMA linha 05 as crianças com diagnóstico de risco nutricional (sobrepeso/obesidade) foram encaminhadas para as ações de orientação nutricional ou atendimento clínico nutricional especializado, realizados nas visitas domiciliares ou nas dependências do ambulatório de Nutrição da UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foram avaliadas e cadastradas no SISVAN 404 crianças matriculadas na rede de ensino municipal do Bairro Vila Belmiro/Jardim União.

Na distribuição por sexo, 195 (52,3%) das crianças eram do sexo masculino e 178 (47,7%) do sexo feminino. Quanto à idade, crianças com menos de 5 anos (194) corresponderam a 48,0% e de 5 a 10 anos de idade 52,0% (210). Quanto a avaliação do estado nutricional foi realizada pelo calculo do IMC para idade, com 0,7% (3) com magreza acentuada, 1,7% (7) com magreza, 73,8% (298) eutróficos, 15,1% (61) risco de sobrepeso/sobrepeso, 8,4% (34) sobrepeso/obesidade, 2,0% (1) obesidade grave. Quando somados risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade/grave encontram-se 23,76% (96).

Tabela 2 - Classificação do Estado Nutricional da população avaliada. Bairro Vila Belmiro/Jardim União, Criciúma, SC. Setembro de 2011.

Variável	Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco de Sobrepeso */Sobrepeso**	Sobrepeso */Obesidade**	Obesidade */Obesidade Grave**
Vila Belmiro/Jardim União (n=404)	3 0,7%	7 1,7%	298 73,8%	61 15,1%	34 8,4%	1 2,0%

O total de crianças em risco nutricional foi expressivo: 61 crianças com sobrepeso e 34 com obesidade, incluindo 01 com obesidade grave. Para compreensão dos hábitos alimentares dessas crianças, visando as intervenções clínicas e orientações/acompanhamento nutricionais pertinentes, está sendo aplicado o “Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar”, conforme metodologia proposta. Mesmo os marcadores não terem sido completamente aplicados pode-se perceber até o momento que a maioria das crianças em risco nutricional são classe socioeconômica mais desfavorecidas e sem acesso/conhecimento e opções alimentares mais saudáveis para uma ingestão mais adequada. Outro dado observado é a ausência de espaço público ao ar livre para realização de atividades físicas. Já foram realizadas algumas intervenções no âmbito da promoção da saúde, e ações de cunho intersetorial, envolvendo exército, Ministério Público, Secretaria Municipal do Sistema de Educação e Sistema Social, Núcleo de Prevenção as Violências, bem como outros atores envolvidos.

São necessárias ainda ações continuadas junto aquele bairro, tendo em vista outras vulnerabilidades encontradas além do risco nutricional.

Vale lembrar, que, o elevado número de crianças em risco nutricional e a dificuldade de conciliar a disponibilidade de horários dos responsáveis/familiares das crianças com os horários do atendimento/orientação nutricional e das visitas domiciliares, em se tratando de menores, tornou esta ação morosa e ainda em andamento.

O PET-SAÚDE tem permitido que acadêmicos da área da saúde vivenciem o SUS, compartilhando a experiência de docentes altamente qualificados e de profissionais inseridos no Sistema Municipal de Saúde, promovendo a integração do ensino, pesquisa e extensão no cenário de comunidades atendidas por Equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). **Obesidade:** realidades e indagações. *Psicologia USP*, 13(1), 197-216.

BALABAN, Geni and SILVA, Giselia A. P. **Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil.** *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004, vol.80, n.1, pp. 7-16. ISSN 0021-7557. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000100004>.

Balaban, G., & Silva, G. A. P. (2001). **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife.** *Jornal de Pediatria*, 77, 96-100.

BRASIL, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf> **Política Nacional de Promoção à Saúde**

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de novembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Cadastro Sisvan Web.** Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral Da Política De Alimentação E Nutrição. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/formulario_cadastro.pdf.

Fisberg, M. (2005). **Primeiras palavras:** uma introdução ao problema do peso excessivo. In M. Fisberg (Org.), *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp. 1-10). São Paulo: Editora Atheneu.

Lemes, S. O. (2005). **Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência.** In M. Fisberg (Org.), *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp. 95-106). São Paulo: Atheneu.

LOURENCO, Bárbara Hatzlhoffer e CARDOSO, Augusto Marly. **Práticas de alimentação infantil, crescimento infantil e obesidade na vida adulta.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2009, vol.53, n.5, pp 528-539. ISSN 0004-2730. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500006>.

Loke, K. Y. (2002). Consequences of childhood and adolescent obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11(3), S702-S704.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles, QUEIROZ, Danielle Teixeira, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** *Ciência e Saúde*, 2007. p. 335-342.

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C. and MEYER, Flavia. **Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?.** *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004, vol.80, n.3, pp. 173-182. ISSN 0021-7557. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1180>.

MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares and BARBIERI, Valéria. **O brincar criativo e a obesidade infantil.** *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 249-255. ISSN 1413-294X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300009>.

Monteiro, C. A., Mondini, L., Souza, A. L., & Popkin, B. M. (1995). **The nutrition transition in Brazil.** *European Journal of Clinical Nutrition*, 49, 105-113.

Oliveira, A. M. A., Cerqueira, E. M. M., & Oliveira, A. C. (2003). **Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA:** detecção na família x diagnóstico clínico. *Journal of Pediatric*, 74(4), 325-328.

Schwartz, M. B., & Puhl, R. (2003). **Childhood obesity:** a societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4, 57-71.

Taddei, J. A. A. (1993). **Epidemiologia da obesidade na infância.** *Pediatria Moderna*, 29(2), 111-115.

FRATERNIDADE E DIREITO À SAÚDE: O FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PARA A EFETIVAÇÃO MATERIAL DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA

Sheila Martignago Saleh

Mestre em Fundamentos do Direito Positivo pela UNIVALI- Universidade do Vale do Itajaí-SC. Professora Titular da disciplina Contratos na UNESC- Universidade do Extremo Sul Catarinense. Pesquisadora do NUPEC-Núcleo de Pesquisas em Direitos Humanos e Cidadania da UNESC. Advogada. email:sheilamsaleh@hotmail.com.

RESUMO

O direito à saúde, como direito fundamental social, deve representar uma das formas de expressão da dignidade humana, definida como o núcleo essencial dos direitos fundamentais. No intuito de proporcionar uma “sadia qualidade de vida”³⁹, o sistema de saúde brasileiro (SUS), que se diz universal, equânime e integral, tem como propósito, dentre outras atividades, o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais. Todavia, ora o SUS é ineficaz pela deficiência em relacionar os medicamentos essenciais, ora sua ineficácia se encontra na correta distribuição dos mesmos, o que faz com que milhares de pessoas recorram ao Poder Judiciário. Porém, pesquisas demonstram que as tutelas individuais obtêm maior êxito do que as tutelas coletivas, fato que ultrapassa a violação ao direito de igualdade, atingindo as barreiras da fraternidade. O presente artigo tem como objetivo um estudo do direito à saúde, com foco no fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para a efetivação material do princípio da dignidade humana, tendo com perspectiva os fundamentos da fraternidade, como a solução para a plena realização dos direitos sociais. Utiliza-se o método indutivo⁴⁰ na fase de pesquisa e investigação, fazendo-se uso das técnicas do Referente, da Categoria, do Conceito Operacional e da Pesquisa Bibliográfica⁴¹. Inicia-se com uma breve conceituação do princípio da dignidade humana, passando ao largo do estudo dos direitos sociais e chegando ao conceito do direito à saúde, inserido no contexto do Sistema Único de Saúde. Por fim, estuda a fraternidade, como forma de buscar a plena realização dos direitos sociais. A pesquisa chega à conclusão de que a eficácia dos direitos sociais só será possível em razão da ampliação das responsabilidades. A “responsabilidade fraternal” importa na responsabilização de todos os cidadãos, não apenas do Estado, que não pode se eximir de garantir um mínimo existencial.

Palavras-chave: Fraternidade; Saúde; Medicamentos; Dignidade Humana.

ABSTRACT

The right to health, social as a fundamental right, must represent one of the forms of expression of human dignity, defined as the essential core of fundamental rights. In

³⁹ Cfe. art. 225 da CRFB.

⁴⁰ Segundo PASOLD, o método indutivo é a “... base lógica da dinâmica da Pesquisa Científica que consiste em pesquisar e identificar as partes de um fenômeno e colecioná-las de modo a ter uma percepção ou conclusão geral.” (PASOLD, César Luiz. **Prática da Pesquisa Jurídica**> idéias e ferramentas úteis para o pesquisador do direito. 8. ed. rev. Florianópolis: OAB/SC/Diploma Legal, 2003.p. 238).

⁴¹ Quanto às técnicas mencionadas, vide PASOLD, *Op. cit.*, p.61-147.

order to provide a "healthy quality of life", the Brazilian health system (SUS), which is universal, equal and integral says, the purpose, among other things, free supply of essential drugs. However, now the SUS is ineffective by deficiency in essential medicines list, however its ineffectiveness is in the correct distribution of the same, which causes thousands of people have recourse to the Judiciary. However, surveys show that the individual portfolio areas, obtain greater success than the collective responsibilities, fact which goes beyond the violation of the right to equality, hitting the barriers of the fraternity. This article has as its goal a study of the right to health, with a focus on the free supply of essential drugs for the fulfillment of the material principle of human dignity and with perspective the fundamentals of the fraternity, as the solution to the full realization of social rights. The inductive method in the research phase and research, making use of the techniques For, the category of the operational concept and the bibliographic search. It starts with a brief conceptualization of the principle of human dignity, passing off the study of social rights and reaching to the concept of the right to health, inserted in the context of the single health system. Finally, studies the fraternity, as a way to seek the full realization of social rights. The search comes to the conclusion that the effectiveness of social rights is only possible because of the expansion of responsibilities. The "fraternal responsibility" matters in accountability of all citizens, not just the State, which cannot escape to ensure an existential minimum.

Keywords: Fraternity; Health; Medicinal Products; Human Dignity.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, como direito fundamental social, deve representar uma das formas de expressão da dignidade humana, identificada, por Barroso, como o núcleo essencial dos direitos fundamentais. (2009, p.315)

Levando-se em consideração o conceito de saúde, observa-se que a saúde básica exige um mínimo de condições de existência que não podem ser resumidas em um mínimo de existência fisiológica. Talvez, o problema esteja na definição de "completo bem-estar físico, mental e social"⁴². Talvez, esteja na possível reserva de cada Estado.

O sistema de saúde brasileiro (SUS), que se diz universal, equânime e integral, dentre outras atividades, tem como propósito o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais, no intuito de proporcionar uma "sadia qualidade de vida"⁴³. Todavia, o sistema pode ser utópico e ineficaz⁴⁴.

⁴² Conceito dado pela Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://new.paho.org/bra>. Acesso em 25. jan, 2011.

⁴³ Cfe. art. 225 da CRFB.

⁴⁴ Torres o considera assim (2001, p.287)

O presente artigo tem como objetivo um estudo do direito à saúde, com foco no fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para a efetivação material do princípio da dignidade humana, tendo com perspectiva os fundamentos da fraternidade, na busca de uma solução para a plena realização dos direitos sociais.

Com o fim de cumprir o objetivo traçado, far-se-á uma breve conceituação do princípio da dignidade humana, passando-se ao largo do estudo dos direitos sociais e chegando-se ao conceito do direito à saúde, inserido no contexto do Sistema Único de Saúde. Por fim, estudar-se-á a fraternidade e sua ligação com os direitos sociais e humanos, como forma de buscar a plena realização dos direitos sociais.

Utilizou-se o método indutivo⁴⁵ na fase de pesquisa e investigação, como também no relato dos resultados da pesquisa, fazendo-se uso das técnicas do Referente, da Categoria, do Conceito Operacional e da Pesquisa Bibliográfica⁴⁶.

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e seu Núcleo Essencial

O direito à saúde é uma das formas de expressão do respeito à dignidade humana. Tsutiya assevera que “Insere-se no contexto dos direitos fundamentais, com o intuito de cumprir o princípio da dignidade humana.” (TSUTIYA, 2007, p.393)

Sob a influência de legislações internacionais⁴⁷, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 incluiu a dignidade humana como princípio fundamental do homem (art.1º, III), tornando-a fundamento da ordem jurídica brasileira. (BRASIL, 2010)

A proteção da pessoa na sua integralidade (física e psíquica) é o principal papel a ser cumprido pela sociedade. Terá um maior desenvolvimento a sociedade mais protetora da dignidade e, por conseqüência, estará mais próxima da realização efetiva de suas obrigações para com o cidadão: “o desenvolvimento integral da pessoa”. (CERESER PEZZELLA, 2003, p. 63).

⁴⁵ Segundo PASOLD, o método indutivo é a “... base lógica da dinâmica da Pesquisa Científica que consiste em pesquisar e identificar as partes de um fenômeno e colecioná-las de modo a ter uma percepção ou conclusão geral.” (PASOLD, 2003, p. 238).

⁴⁶ Quanto às técnicas mencionadas, vide PASOLD, *Op. cit.*, p.61-147.

⁴⁷ Como por exemplo as Declarações de Direitos da Revolução Francesa (1789) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

Fruto da repersonalização que vêm sofrendo as relações jurídicas, a dignidade consiste num princípio ético-jurídico, que é “fonte jurídico-positiva dos direitos fundamentais”, já que os mesmos, segundo Farias, dão concretude ao princípio da dignidade humana, sejam individuais, coletivos, sociais ou políticos. (2000, p. 60-66)

O valor que hoje representa a pessoa no ordenamento jurídico resulta da compreensão específica da sua natureza. Portanto, conclui Barreto que a dignidade é um conceito ético, que não resulta da doutrina ou da legislação, mas que tem sua expressão política no conceito político moderno de Democracia. (BARRETO, 2003, p. 220-221)

Muito se discute acerca da eficácia do princípio da dignidade humana. Contudo, não obstante a doutrina divirja sobre a designação de valor ou princípio, para Alves há “quase” uma uniformidade em reconhecer que a dignidade seja fonte de direito subjetivo, revestindo-se de “verdadeira força vinculante, de caráter jurídico, apta a disciplinar as relações sociais pertinentes”. (ALVES, 1999, p. 116)

Por ser a dignidade um valor inerente à pessoa, há uma barreira intransponível em todo ordenamento jurídico: “um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que apenas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas, sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos. (MORAES, 2002, p. 128-129)

Da lição de Bonavides extrai-se que o princípio da dignidade da pessoa humana está vinculado aos direitos sociais por “uma linha de eticidade” e que “não há distinção de grau nem de valor entre os direitos sociais e os direitos individuais.” Segundo o autor,

A observância, a prática e a defesa dos direitos sociais, a sua inviolável contextura formal, premissa indeclinável de uma construção material sólida desses direitos, forma hoje o pressuposto mais importante com que fazer eficaz a dignidade da pessoa humana nos quadros de uma organização democrática da Sociedade e do Poder. (2006, p.642)

A dignidade humana é “freqüentemente identificada como o núcleo essencial” dos direitos fundamentais, explica Barroso. Nos dizeres do autor:

Os direitos fundamentais incluem: a) liberdade, isto é, a autonomia da vontade, o direito de cada um eleger seus projetos existenciais; b) a

igualdade, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis; c) o mínimo existencial, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate político. (2009, p.315)

Assim, conclui o mesmo jurista que cabe ao Estado a realização “na maior extensão possível” dos direitos fundamentais, “tendo como limite mínimo o núcleo essencial desses direitos.” (BARROSO, 2009, p.315) Ou seja, a proteção à dignidade humana deve ser o mínimo da realização do Estado.

Seguindo a mesma linha de compreensão, Barcellos expõe que as Constituições alemã, portuguesa e espanhola, expressamente defendem a proteção de um “conteúdo essencial” dos direitos fundamentais. Tal conteúdo compõe o “conteúdo mínimo da dignidade”, também denominado de “conteúdo básico” (“sem o qual se poderá afirmar que o princípio foi violado e que assume caráter de regra e não mais de princípio.”). Assim, o núcleo do princípio da dignidade da pessoa humana é formado pelo **mínimo existencial**. (2008, p.285)

Com o fim de apresentar uma proposta de um “mínimo existencial” (objetivando defender os aspectos materiais da dignidade humana), a autora em comento divide o seu conteúdo em quatro elementos, “três materiais e um instrumental, a saber: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência aos desamparados e o acesso à Justiça.” Destarte, os quatro elementos apresentados “correspondem ao núcleo da dignidade da pessoa humana a que se reconhece eficácia jurídica positiva e, a *fortiori*, o *status* de direito subjetivo exigível diante do Poder Judiciário. (BARCELLOS, 2008, p.288).

O direito às “condições mínimas de existência humana” (...) “exige prestações estatais positivas”. (TORRES, 2001, p.266) Para o autor, “o problema do mínimo existencial confunde-se com a própria questão da pobreza”. Todavia, “A dignidade humana e as condições materiais da existência não podem retroceder aquém de um mínimo, do qual nem os prisioneiros, os doentes mentais e os indigentes podem ser privados.” (TORRES, 2001, p.267)

Destaca-se a lição de Sarlet, na qual se verifica que o mínimo existencial não pode ser considerado apenas “um mínimo meramente vital ou mínimo existencial fisiológico”, pois não pode ser compreendido como “um conjunto de prestações suficientes apenas para assegurar meramente a existência (a garantia

da vida) humana em si, mas sim de uma vida com dignidade, no sentido de uma vida saudável.” (2009, p.118)

Arremata Sarlet um conceito de dignidade humana:

(...) qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (2007, p.62)

Finalizando este tópico, o presente estudo adota o conceito de dignidade humana formulado por Sarlet, já que o mesmo faz sua devida conexão com “vida saudável”, a partir do conceito de saúde reconhecido pela OMS⁴⁸.

Direitos Sociais e sua Concretização

É de Bonavides o seguinte desabafo: “Sem a concretização dos direitos sociais não se poderá alcançar jamais ‘a Sociedade livre, justa e solidária’, contemplada constitucionalmente como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil (art. 3º).” (2006, p.642)

Bobbio, sensivelmente, já apresentava o grande problema dos direitos humanos, também vivenciado pelos direitos fundamentais sociais: não mais a fundamentação, mas a sua proteção. (1992, p.25)

Ao apontar uma crise constituinte no Brasil, comunga do mesmo entendimento Bonavides, o qual destaca omissões no texto constitucional no que se refere às garantias. Para ele, “Os direitos existem de sobra” e “já não se reclamam direitos, mas garantias.” A eficácia das garantias oferecidas pela CRFB, no que se refere aos direitos sociais, representa “os pontos cardeais das reflexões sobre a crise da estatalidade social no Brasil.” (2006, p. 382)

Os direitos fundamentais, para Amaral, são **normas cogentes**, de efetiva aplicação, pelo menos em seu **núcleo mínimo**. Ao mesmo tempo, reconhece o autor imensa dificuldade de consenso entre o que faz ou não parte do referido

⁴⁸ A Organização Mundial da Saúde reconhece o conceito de saúde no sentido da garantia de um completo bem-estar físico, mental e social, cujo conceito será abordado mais especificamente no item 4. do presente artigo. Sarlet esclarece que adotou o conceito de vida saudável a partir do conceito de saúde reconhecido pela OMS em nota de rodapé número 53 de sua obra (2009, p. 118)

núcleo. (2001, p.101) Assim, resta-nos saber se os direitos sociais (especialmente o direito à saúde) fazem parte desse **núcleo mínimo** de direitos fundamentais, cuja norma seja considerada cogente.

A problemática que gira em torno dos direitos sociais é, sem sombra de dúvidas, a maneira de sua concretização. Segundo Bonavides, os direitos sociais estão desaparelhados de instrumentos considerados tradicionais no modelo clássico do direito, e que estão à disposição dos direitos individuais de caráter subjetivo (como o *habeas corpus*, por exemplo). (2006, p.643) Outrossim, entende que a eficácia de tais direitos depende de duas formas de garantia a serem “ministradas” pelo Estado: “a garantia jurídica e a garantia econômica; a primeira de natureza formal, a segunda de natureza material.”

Na doutrina alemã os direitos sociais e econômicos aparecem sob a denominação de **direitos fundamentais sociais**. E, pela maioria dos autores que adotam tal denominação, “subordinam-se à justiça social, encontram-se sob a ‘reserva do possível’ e constituem meras diretivas para o Estado, pelo que não se confundem com os direitos da liberdade nem com o mínimo existencial.” (TORRES, 2001, p.283)

O termo “reserva do possível” é uma tradução da expressão *Vorberhaltung des Möglichen* adotada pelo Tribunal Constitucional da Alemanha (BverGE 33:303-333), cuja teoria vem sendo utilizada naquele país, como também em Portugal. Segue o entendimento de que a sociedade deve fixar a razoabilidade da pretensão. (TORRES, 2001, p. 297)

É inegável que as condições econômicas de um Estado influenciam na proteção dos direitos sociais. Seriam, inclusive, decisivas, nos dizeres de Bonavides:

Fatores econômicos objetivos e reais seriam, portanto, decisivos para concretizá-los. Quanto mais desfalcada de bens ou mais débil a ordem econômica de um país constitucional, mais vulnerável e frágil nele a proteção efetiva dos sobreditos direitos; em outros termos, mais programaticidade e menos juridicidade ostentam. (2006, p. 644)

Acerca da “máxima eficácia” dos direitos sociais argumenta Amaral que a “exigibilidade direta das prestações positivas” depende diretamente da “reserva do possível”. Porém, para o autor, essa teoria seria aplicada desde que o Estado demonstrasse judicialmente que teria motivos fáticos razoáveis para deixar de cumprir a norma constitucional social. Veja-se:

A reserva do possível significa apenas que a concreção pela via jurisdicional de tais direitos demandará uma escolha desproporcional, imoderada ou não razoável por parte do Estado. Em termos práticos, teria o Estado que demonstrar, judicialmente, que tem motivos fáticos razoáveis para deixar de cumprir, concretamente, a norma constitucional assecuratória de prestações positivas. (2001, p.116)

Tem-se visto com freqüência, atualmente, o crescimento de demandas contra o Estado, cuja pretensão é o cumprimento de um direito social. Contudo, Amaral defende que se deve deslocar tal problema para o Poder Executivo, pois:

Ao Judiciário caberá o controle da razoabilidade, do *due substantive process of law*, em cada caso.”E complementa: “A postura da “máxima eficácia”de cada pretensão, sobre o fato de não adentrar no conteúdo do direito a ser dada a eficácia, implica em negação da cidadania, na medida em que leva à falência do Estado pela impossibilidade de cumprir todas as demandas simultaneamente e rompe com a democracia, pretendendo trazer para o ambiente das Cortes de Justiça reclamos que têm seu lugar nas ruas, na pressão popular e não na tutela paternalista dos “sábios”.(AMARAL, 2001, p.111 a 119)

Já para Lins, a questão é “eminentemente processual”, apontando a judicialização dos direitos fundamentais sociais, segundo a qual, “o cabimento ou descabimento da exigibilidade de um dado direito social somente poderá ser averiguado em concreto, e não abstratamente, o que vale dizer, verificado através de um processo.” (2009, p.284)

Torres defende a tese de autores⁴⁹ que prescrevem que o mínimo existencial (ou social) deve estar diretamente ligado ao “máximo social”; isto é, ao máximo de prestações estatais que não prejudiquem a *reserva do possível*. Porque,

A maximização dos mínimos sociais acarreta logicamente a minimização dos direitos sociais em sua extensão, mas não em sua profundidade. Em outras palavras, os direitos sociais da cidadania que sobreexcedem os mínimos sociais devem se maximizar até o ponto em que não se prejudique o processo econômico social, não se comprometa a saúde das finanças públicas, não se violem direitos fundamentais nem se neutralizem as prestações por conflitos internacionais. (2001, p. 284)

⁴⁹ O autor cita Rawls, Marshall, Alexy. Mais adiante e claramente: Espada (João Carlos), Merquior (José Guilherme). Tratando diretamente da “reserva do possível”, Torres menciona o autor português J.J.Gomes Canotilho, o qual, “hoje, com a desestruturação do Estado de Bem-Estar Social, o constitucionalista português relativiza as suas afirmações para reconhecer como inequívoco que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais se caracteriza: 1) pela graduação de sua realização; 2) pela dependência financeira do orçamento do Estado; 3) pela liberdade de conformação do legislador quanto às políticas de realização de tais direitos; 4) por serem insuscetíveis de controle jurisdicional os programas político-legislativos, a não ser quando se manifestem em clara contradição com as normas constitucionais ou quando apresentem dimensões pouco razoáveis.”(p.298)

Não obstante o brilhante raciocínio de Torres, o problema que se apresenta é o de que a maioria dos Estados (incluindo-se nesse grupo o Brasil) não cumpre, nem ao menos, o mínimo social. Assim, não há que se falar em excessos ou maximização.

Para Torres, o grande problema dos direitos fundamentais como um todo (incluindo-se os sociais e econômicos) está na universalidade do atendimento. Todavia, conclui que não defende a extinção da universalidade de tratamento, porém, defende que os usuários mais favorecidos devem contribuir, excluindo-se, apenas os pobres e “os aportes orçamentários financiados pela receita dos impostos.”, (...) já que “o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado no art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional, é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos.” (2001, p. 289 e 287)

Assevera o autor que nos resta o modelo de ponderação de Robert Alexy, a fim de que seja possível permitir “diferentes graus de determinação e efetividade dos direitos ao mínimo existencial e ao máximo social”. (TORRES, 2001, p.294)

Conclui-se o presente item comungando do pensamento de Barcellos, pois, segundo a autora, a teoria da “reserva do possível” não pode ser argumento para o não cumprimento pelo Estado do mínimo existencial, porque lhe cabe imprimir recursos para atendê-lo, prioritariamente. Até porque, espera-se muito mais do que o mínimo existencial de um Estado Social. (2008, p.341)

Mas será que é correto atribuímos somente ao Estado o dever da responsabilidade pelos direitos sociais? Esse questionamento será discutido no item a seguir, o qual trará alguns estudos sobre a fraternidade e a solidariedade social no que pertine ao direito à saúde.

Direito à Saúde e Fraternidade: A Conquista da Dignidade

A primeira Constituição a considerar a saúde como um direito foi a italiana, em 1948, em seu artigo 32. Após, mas ainda no mesmo ano, no dia 10 de dezembro, A Declaração Universal dos Direitos do Homem considera a saúde elemento da cidadania (artigo 25). (SCHWARTZ, 2001, p.45)

No entanto, o Brasil tratou do tema quarenta anos depois, na Constituição Federal de 1988, já que, até então, ignorou-se a saúde como direito do cidadão e

responsabilidade do Estado nos textos constitucionais anteriores. (SCHWARTZ, 2001, p.47)

Para Schwartz, o direito à saúde está inserido em todas as gerações dos direitos: nos direitos de primeira⁵⁰, segunda⁵¹, nos de terceira⁵², quarta⁵³ e quinta. Pois: em conexão direta como o direito à vida, apresenta-se também de primeira geração, como aquele”, identificando o aspecto inicial “curativo”. Já o sentido “preventivo” deu-lhe a categoria de um direito social, que também é de segunda geração. Outrossim, pode-se também dizer que se trata de um direito transindividual (coletivo ou difuso), classificado como de terceira geração. Se os de quarta geração tratam de vida e morte, obviamente o direito à saúde ali se evidencia. E, por fim, se é possível tratar de saúde no ambiente virtual, ele também se classifica como de quinta geração (SCHWARTZ, 2001, p.52-55)

No Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), consta que “a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. (SCHWARTZ, 2001, p.35) Tal conceito sofreu várias críticas, basicamente, diante da abstração de seus termos. Veja-se a crítica de Schwartz “É um conceito irreal, que não se adapta à realidade fática, afinal o perfeito bem-estar é um objetivo a ser alcançado, que se alarga ou diminui de acordo com a evolução da sociedade e da tecnologia.” (2001, p.37) Outrossim, “bem-estar” pode ter significados diferentes entre pessoas de uma mesma sociedade.

Não menos abstrato é o que prescreve o artigo 225 da CRFB de 1988, segundo o qual, “todos têm direito à sadia qualidade de vida.” (BRASIL, 2010) Observa-se que a dificuldade está em conceituar “qualidade de vida”. Destarte, apresenta-se uma dificuldade na delimitação do conceito de direito à saúde, pois:

⁵⁰ “Os direitos de primeira geração são os direitos da liberdade, os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, a saber, os direitos civis e políticos, que em grande parte correspondem, por um prisma histórico, àquela fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente.” (BONAVIDES, 2006, p. 563).

⁵¹ “São os direitos sociais, culturais e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social, depois que germinaram por obra da ideologia e da reflexão antiliberal do século XX.” (*Idem*, p. 564)

⁵² Citando Karel Vasak, Bonavides explica que os direitos fundamentais de terceira geração assentam-se sobre a fraternidade e que já foram identificados cinco direitos desta geração (podendo haver outros, segundo o autor): “o direito ao desenvolvimento, o direito à paz, o direito ao meio ambiente, o direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e o direito de comunicação.” (*Idem*, p. 569).

⁵³ “São direitos da quarta geração o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo.” (*Idem*, p. 571). Também se classificam como quarta geração, especificamente, os direitos relativos à biotecnologia, bioética e biodireito.

(...) a saúde não consiste no simples fornecimento de assistência médica e de medicamentos, como comumente se tem entendido. Envolve programas de medicina preventiva, o controle de doenças infecciosas e parasitárias, por meio do acesso aos programas de habitação e saneamento básico; o combate à desnutrição ou subnutrição, mediante o acesso a adequados níveis de renda. (TSUTIYA, 2007, p.393)

Essa abstração é explicada por Schwartz, a partir da lógica de que a saúde é um processo sistêmico e que, por ser “uma meta a ser alcançada”, sofre influência dos demais sistemas (direitos afins) e da sociedade. Assim,

(...) vários direitos interferem na qualidade de vida, denominando-os de “direitos afins ao direito à saúde”. São eles: “direito à proteção do meio ambiente, direito à educação, direito à moradia, direito ao saneamento, direito ao bem-estar social, direito ao trabalho, direito à proteção da família, direito da seguridade social, direito à saúde física e psíquica, direito a morrer dignamente, direito de informação sobre o estado de saúde e nutrição, direito a não ter fome, direito à assistência social e direito de acesso aos serviços médicos. (2001, p.39)

Visando a melhoria do sistema de saúde, o Brasil adotou um sistema único. A necessidade surgiu a partir do “esgotamento do modelo médico-assistencial, centrado no hospital, no médico, na doença e na assistência curativa, com uso de tecnologias de alto custo, baixa acessibilidade e resolutividade.” (CRUZ e SANTOS, 2007, p.267)

Foi então que a CRFB de 1988 criou o SUS (Sistema Único de Saúde), acatando as principais propostas da VIII CNS (Conferência Nacional de Saúde), entre elas, a descentralização do sistema e o acesso universal. (SOUZA, 2007, p. 122)

A estrutura formal do SUS está disposta na CRFB de 1988, na lei 8.080, de 19.07.90⁵⁴ e na lei 8.142, de 28.12.90⁵⁵, basicamente, pois “há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema.” (MATTA, 2007, p.62)

Enquanto a Constituição de 1988, em seu artigo 198, estabelece que a organização do SUS deve obedecer determinadas diretrizes, a lei 8.080, dispõe que o SUS será organizado a partir de princípios e diretrizes. Sem adentrar nessa discussão doutrinária e principiológica, o presente ensaio segue a orientação de

⁵⁴ A LOS ou Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional. (BRASIL, 2011A)

⁵⁵ Estabelece a participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 2011B).

Matta, para quem a organização do SUS deve ser regida pelos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade; os quais devem ser articulados mediante as seguintes diretrizes: descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade. (2007, p.66 e 72).

O princípio da universalidade está previsto no artigo 196⁵⁶ da CRFB. Segundo Matta não se deve confundir universalidade com gratuidade, pois, a saúde pública necessita de financiamento, o qual se dá pela arrecadação de impostos e outros. Assim conclui o autor: “Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS.” (2007, p.68).

Pelo princípio da equidade pretende-se reduzir as iniquidades sociais e econômicas. “É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades.”(Op. Cit. p,70)

O princípio da integralidade deve ser encaminhado em quatro sentidos a saber:

1-No sentido histórico, na idéia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; 2- No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3-No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4- No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.”(Op. Cit., p. 71)

Pela diretriz da descentralização, o SUS estabeleceu uma “desconcentração” do poder da União para Estados e Municípios, havendo uma direção em cada esfera de governo⁵⁷. Assim, temos o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais.

A regionalização depende de uma hierarquização, que divide por nível de complexidade os serviços de saúde. A idéia é estabelecer um perfil territorial (epidemias, qualidade de vida, etc), a fim de regionalizar os serviços de saúde.

⁵⁶ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2010)

⁵⁷ As atribuições de cada órgão são definidas pelas Normas Operacionais do SUS (NOB-SUS).

Por fim, tem-se a diretriz da participação popular. Pela lei 8.142/90 foram criadas instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo. Assim, a participação popular acontece nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente, deliberativo e paritário, que, depois de instituídos, devem funcionar por tempo indeterminado, reunindo-se regularmente e têm o direito de tomar decisões referentes à política de saúde a ser executada; além disso, devem formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde em sua esfera governamental.

As conferências de saúde devem ser realizadas em todos os níveis de governo, obedecendo à periodicidade para a sua realização de quatro em quatro anos. Em sua composição, devem contar com representantes dos diversos segmentos sociais, visando debater e avaliar a situação da saúde no país e propor intervenções, mudanças ou estabelecer diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. (SOUZA, 2007, p. 124 e 125)

Na teoria, o sistema é perfeito: garante a saúde a todos (indistintamente), a participação popular, com isso, a regionalização da saúde em todo o território nacional e, em consequência, a integralidade. Porém, na prática, apresenta muitas falhas. Torres aponta os motivos pelos quais o considera “ineficaz e utópico”:

A saúde preventiva, tratada como direito fundamental pelo art. 196 da CF, confundiu-se com a saúde curativa, claramente definida como direito social pelo art. 6º, criando-se um sistema único de saúde que seria universal e gratuito, mas que acabou transferindo para terceiros a responsabilidade do seu financiamento e por empurrar para os planos privados de assistência a classe média, tornando-se utópico e ineficaz. Com efeito, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado pelo art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos. (2001, p.287)

O artigo 6º da Lei n. 8080/90, que define a regulamentação do SUS no Brasil, assim prescreve como suas atividades: (...) execuções de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (...) formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (...) (BRASIL, 2011A.)

Portanto, o fornecimento gratuito de medicamentos trata-se de um tipo de atuação do SUS, pois, corresponde à atenção da saúde básica e, tomando-se por

base a tese de Barcellos, é um dos quatro elementos do mínimo existencial, materialidade do princípio da dignidade humana.⁵⁸

Chama-se medicamento “um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.” (LUIZA *et al*, 2007, p.231)

A OMS (Organização Mundial de Saúde) classifica os medicamentos essenciais, como “aqueles que visam satisfazer a necessidade de tratamento da maioria da população, devendo estar disponíveis, a todo momento, a um preço que o indivíduo e sociedade possam arcar. Referidos medicamentos são financiados pela maioria dos governos. Mesmo os países mais ricos definem uma lista para estabelecer os medicamentos que serão financiados pelo governo. (LUIZA *et al*, 2007, p.237)

No Brasil, chama-se RENAME a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, definida pela COMARE (Comissão Nacional de Atualização da RENAME). Cabe aos Estados e Municípios definirem suas listas locais em processos semelhantes à RENAME. Assim, tem-se a RESME (Relação Estadual de Medicamentos Essenciais) ou a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).

Segundo LUIZA *et al*, “Os medicamentos essenciais são selecionados por um processo baseado na comparação entre vários medicamentos, tendo como orientação as evidências relativas à segurança e eficácia, fundamentadas em estudos de investigação farmacológico-clínica, considerando também o custo comparativo.” (2007, p.238) Todavia, pesquisas demonstram que o critério de maior peso nessa escolha é o preço do medicamento.

O financiamento público dos medicamentos (essenciais) no Brasil segue critérios, que os divide de acordo com as seguintes classes (LUIZA *et al*, 2007, p.239):

1. Medicamentos para atenção farmacêutica básica: divididos em: elenco estratégico (para os programas de HD (hipertensão e **diabetes**), AR (asma e rinite), IN (insulina), SM (saúde da mulher), NA (alimentação e nutrição) e CT (combate ao tabagismo), que é financiado e gerido pelo governo federal; e o elenco descentralizado, compartilhado pelas três esferas.
2. Medicamentos para saúde mental: com financiamento compartilhado pelas três esferas e gerido pela esfera estadual.

⁵⁸ Comentada no item 2 do presente artigo científico.

3. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional ou que compõem tratamento de alto custo : financiados pelo governo federal e geridos pelo governo estadual. Dá-se de forma individualizada, mediante processo administrativo junto às Secretarias Estaduais de Saúde.
4. Medicamentos estratégicos: adquiridos e geridos pelo governo federal e servem para tratar de endemias focais (malária e leishmaniose), tuberculose, hanseníase, antiretrovirais, insulina e hemoderivados.
5. Medicamentos oncológicos: vinculados a procedimentos de tratamento.
6. Medicamentos para uso em pacientes internados: disponíveis na rede SUS mediante internação.

Apesar de todo o cuidado na elaboração das leis respectivas, o Sistema Único de Saúde Brasileiro é ineficaz. Talvez, pela deficiência em relacionar os medicamentos essenciais, talvez sua ineficácia se encontre na distribuição dos mesmos, ou, quem sabe, porque atribuir somente ao Estado a responsabilidade para a efetivação de direitos sociais seja uma utopia. Neste sentido, os dizeres de Aquini, quando se refere à fraternidade e os direitos humanos:

Nessa perspectiva, amplia-se o leque de sujeitos sobre os quais recai potencialmente a responsabilidade de pôr em prática os direitos humanos. Tanto a visão liberal, quanto a socialista fazem essa responsabilidade recair sobre o Estado: uma, garantindo que o Estado assegure um mínimo de direitos a todos, mas sem se interessar pelo fato de outros direitos serem efetivamente respeitados ou não, na livre disputa das forças econômicas e sociais; a outra, oferecendo uma gama mais ampla de direitos a serem defendidos, em especial os direitos econômicos e sociais, muitas vezes, porém, em detrimento das garantias de liberdade individual e do desenvolvimento harmônico das pessoas. (AQUINI, 2008, p.138)

Para tanto, é chegado o momento de buscar-se um conceito de fraternidade: “É um modelo de direito que abandona os confins fechados da cidadania e projeta para uma nova forma de cosmopolitismo, para uma nova forma de co-divisão, de compartilhamento.” (VIAL, 2006, p.124)

Para Alcantara Machado, o conceito de fraternidade converge com a dignidade dos homens: “A idéia de fraternidade que se pretende difundir exprime igualdade de dignidade entre todos os homens, independente de organização em comunidades politicamente institucionalizadas.” (2011, p.2)

Por detrás do Estado existem pessoas. Com isso se quer dizer que: se as relações de medicamentos estão defasadas, desatualizadas, sem critérios regionalizados, em primeiro lugar há uma falha humana. Somente quando as sociedades tratarem os indivíduos de forma igualitária, como um verdadeiro irmão, sem critérios de inclusão/exclusão e quando os indivíduos entenderem que a busca pela concretização dos direitos humanos e sociais deve partir de cada indivíduo,

sem ficar esperando que a solução seja dada pela autoridade pública, estaremos praticando a fraternidade e concretizando, por sua vez, o princípio da dignidade humana. Assim explica Aquini:

“A fraternidade, por sua vez, “responsabiliza” cada indivíduo pelo outro e, conseqüentemente, pelo bem da comunidade, e promove a busca de soluções para a aplicação dos direitos humanos que não passam necessariamente, todas, pela autoridade pública, seja ela local, nacional ou internacional.” (2008, p;.139).

Para tanto, a fraternidade deve caminhar juntamente com a liberdade e a igualdade. Não há respeito à dignidade somente pela concretização da igualdade ou da liberdade. Destarte, a solidariedade social é apenas um caminho para se alcançar a fraternidade:

“... a fraternidade não pode ser reduzida ao conceito de solidariedade, pois esta última não implica a idéia de uma efetiva paridade dos sujeitos que se relacionam, e não considera constitutiva a dimensão da reciprocidade.” (...) “... deve-se observar que a fraternidade tende a ampliar o número de sujeitos “responsáveis”, e por isso estimula que deveres e compromissos sejam assumidos além do que é prescrito, em nível nacional e internacional, pelas autoridades públicas. (AQUINI, 2008, p. 137-138)

Outro caminho a ser percorrido é a igualdade. Não a igualdade “na lei” ou “perante a lei”, mas a igualdade entre os homens. Na medida em que se discutem critérios de inclusão social, reforça-se a exclusão. Por esta razão, a fraternidade não aceita a possibilidade de exclusão. Esse é o pensamento de Resta, citado por Vial. (2006, p.130)

Citando como exemplo o direito à saúde, Vial afirma que o mesmo é paradoxal, enquanto a sociedade adota critérios de exclusão/inclusão, como nos demais direitos sociais:

Há um significado avanço tecnológico na área da saúde (assim como em outras esferas da vida social), com Constituições que garantem o direito à saúde; existem políticas de saúde que pretendem garantir a universalidade dos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, há crianças morrendo no primeiro ano de vida, mulheres morrendo por abortos mal praticados, cidadãos morrendo nas filas dos serviços de saúde. Todos esses dados são facilmente observados na realidade do dia-a-dia. (...) Neste quadro, observa-se que muitas pessoas têm acesso a determinados bens e serviços, não através de uma efetiva inclusão social, mas através da exclusão. (...) Uma questão aparece como consenso: o Estado é fundamental, ou seja, é a condição *sine qua non* para a implementação de políticas sociais mais inclusivas. Contudo, é preciso falar de outro tipo de Estado: um estado forte, no sentido social, que seja capaz de enfrentar as

estratégias excludentes de uma sociedade complexa e paradoxal como a atual. (2006, p.132)

O exercício da fraternidade “é mais do que inclusão social”, “é uma sociedade sem preconceitos e pluralista”, pois, segundo Alcantara Machado, deve haver uma “integração comunitária”, já que “Não se reduz a ações distributivas, de inclusão social que se situam somente no plano de gastos públicos.” Portanto, para o citado autor, os direitos sociais não podem ser resumidos à teoria da reserva do possível. (2011, p.14)

Vivenciar a fraternidade é buscar a unidade entre os homens. Pois, “A Constituição busca com a dimensão fraternal, uma integração comunitária, uma vida em comunhão. Se vivemos efetivamente em comunidade, estaremos, de fato, numa comum unidade. Em uma palavra: fraternidade.” (Op. Cit, p.14)

Se os direitos humanos são universais, somente o resgate da fraternidade para tornar possível sua concretização, pois

(...) quando se tratam de bens comuns da humanidade, devem-se observar as políticas sociais tendo-se presente a forma como estas atuam em uma sociedade, não mais definida geograficamente, mas em uma sociedade de mundo. Nela, é preciso pesquisar o impacto das políticas sociais; no presente caso, o impacto das políticas que pretendem uma inclusão social e a tutela dos direitos fundamentais analisando-se de que modo elas são efetivas e eficazes.”(VIAL, 2006, p.131)

Portanto, a vivência da fraternidade pressupõe o respeito aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana, independente de situação geográfica ou de Constituição mais ou menos cidadã. É responsabilidade de todos.

CONCLUSÃO

A proteção à dignidade humana deve ser o mínimo da realização do Estado.

A proteção ao direito à saúde básica deve ser uma das prestações positivas a serem concretizadas pelo Estado, sob pena de se estar rasgando a Constituição. Porém, o SUS apresenta falhas, não obstante seu apelo regional.

Muito embora o Estado deva priorizar o fornecimento de medicamentos mais baratos (tendo por base a teoria da reserva do possível), mais do que isso, a

proteção integral à pessoa, visando à sadia qualidade de vida, deve nortear a escolha dos medicamentos a fazer parte das listas de fornecimento gratuito.

Todavia, o direito à saúde de um povo não pode estar à mercê de teorias que o subordina ao aspecto apenas econômico da questão. Outrossim, os critérios de inclusão/exclusão para a efetividade dos direitos sociais, mais reforçam as desigualdades entre os homens do que ressaltam as igualdades.

A igualdade e liberdade conquistadas somente serão eficazes se caminharem de mãos dadas com a fraternidade.

Na dimensão da fraternidade, a sociedade é pluralista, porém apresenta unidade, vive em comunhão.

Por fim, a concretização dos direitos humanos, que são universais, será possível, quando a sociedade assumir a fraternidade como um ideal a ser perseguido.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA MACHADO, Carlos Augusto. A Fraternidade como Categoria Jurídico-Constitucional. Ciclo: Renovando Conhecimento, 2011. Site: <http://www.portalciclo.com.br/>

ALVES, Cleber Francisco. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: o enfoque da doutrina social da Igreja**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

AMARAL, Gustavo. Interpretação dos direitos fundamentais e o conflito entre Poderes. *In* MELLO, Celso D. de Albuquerque (Celso Duvivier de Albuquerque);

TORRES, Ricardo Lobo (org). **Teoria dos direitos fundamentais**. 2. ed. rev. e atual Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 454 p. (Temas)

AQUINI, Marco. **Fraternidade e direitos humanos**. *in* BAGGIO. Antonio Maria (org). Vargem Grande Paulista-SP: Editora Cidade Nova, 2008.

BAGGIO. Antonio Maria (org). Vargem Grande Paulista-SP: Editora Cidade Nova, 2008.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 2. ed.(rev. e atual.) Rio de Janeiro: Renovar, 2008. 378 p.

BARRETO, Vicente de Paulo. A idéia de pessoa humana e os limites da Bioética. *in*

BARBOZA, Heloisa Helena; *et alli* (org.). **Novos temas de Biodireito e Bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *In* MARTEL, Leticia de Campos Velho. (Org.) **Estudos Contemporâneos de Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992. 212 p.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 19ª ed. atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 14 dez. 2010.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 15 jan. 2011A.

_____. **Lei 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em 15 jan. 2011B.

_____. Ministério Da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Tiragem: 1.ª edição - 2006 - 20.000 exemplares. Elaboração, distribuição e informações: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fonte: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Disponível em 25 jan. 2011C.

CERESER PEZZELLA, Maria Cristina. Código Civil em perspectiva histórica. *In* SARLET, Ingo (org.) **O Novo Código Civil e a Constituição**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

CRUZ, Marly Marques da, SANTOS, Elizabeth Moreira dos. **Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos**. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

FARIAS, Edilsom Pereira de. **Colisão de direitos: a honra, a intimidade, a vida privada e a imagem versus a liberdade de expressão e informação**. 2.ed. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2000.

LINS, Liana Cirne. **Da jurisdição constitucional ao direito processual constitucional: delineamento de um direito processual constitucionalmente adequado a partir da reflexão sobre a judicialização dos direitos fundamentais sociais.** In MARTEL, Leticia de Campos Velho. (Org.) Estudos Contemporâneos de Direitos Fundamentais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

LUIZA, Vera Lucia, *et all.* **O medicamento na política de saúde no Brasil: como agentes comunitários de saúde podem contribuir para a promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos?** In MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

_____. **Princípios e Diretrizes do Sistema único de Saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada.** São Paulo: Atlas, 2002.

OPS. **Organização Mundial da Saúde.** Disponível em <http://new.paho.org/bra>. Acesso em 25 jan. 2011.

PASOLD, César Luiz. **Prática da Pesquisa Jurídica**> idéias e ferramentas úteis para o pesquisador do direito. 8. ed. rev. Florianópolis: OAB/SC/Diploma Legal, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

_____. **Dignidade da pessoa humana e “novos” direitos na Constituição Federal de 1988: algumas aproximações.** In MARTEL, Leticia de Campos Velho. (Org.) Estudos Contemporâneos de Direitos Fundamentais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica.** Livraria do Advogado: Porto Alegre, 2001.

SOUZA, Waldir da Silva. **Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social.** In: MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

TORRES, Ricardo Lobo. **A cidadania multidimensional na era dos direitos.** In MELLO, Celso D. de Albuquerque (Celso Duvivier de Albuquerque); TORRES,

Ricardo Lobo (org). Teoria dos direitos fundamentais. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 454 p. (Temas)

TSUTIYA, Augusto Massayuki. **Curso de direito da seguridade social**: custeio da seguridade social, previdência social, saúde e assistência social. São Paulo: Saraiva, 2007.

VIAL, Sandra Regina Martini. Direito fraterno na sociedade cosmopolita. RIPE- **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 1, n. 46, julh/dez 2006, p.119-134.

NOTAS SOBRE O DIREITO À SAÚDE DO IDOSO

Mônia Jakeline da Silva Scarsanella Gava

Acadêmica do curso de direito da UNESC. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Email: jakelinescarsanella@yahoo.com.br.

Reginaldo de Souza Vieira

Mestre em Direito pelo PPGD-UFSC. Doutorando em Direito pelo PPGD-UFSC. Professor de Direito Constitucional, Direito Partidário, Direito Eleitoral e Direito Sanitário da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador e Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Pesquisador do Grupo de Estudos em Latim e Fontes do Direito Romano (*IUS DICERE*/ UFSC). Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com.

RESUMO

Percebe-se atualmente um aumento na faixa etária da população idosa. Com isso há uma preocupação na inclusão social desse grupo, para que possam ter também uma boa qualidade de vida. Neste sentido, o Estado deve atuar de maneira a criar políticas públicas, que possam garantir ao idoso um bem-estar social, principalmente em relação à saúde do idoso, no que diz respeito a prevenção e promoção de saúde. Então foram analisadas as políticas públicas existentes para a concretização do direito fundamental à saúde do idoso, a partir da percepção dos conselheiros e das decisões do conselho de direitos do idoso do município de Criciúma/SC. Foi utilizada a metodologia com abordagem qualitativa para a pesquisa. Percebeu-se com esta pesquisa que os membros do Conselho Municipal do Idoso possuem a compreensão da necessidade de ações prioritárias para a saúde do idoso, apesar de não terem proposto ao Conselho Municipal de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde alguma política pública específica para a saúde do idoso.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde do Idoso; Direito Fundamental a Saúde do Idoso; Conselho Municipal do Idoso.

ABSTRACT

It can be seen an increase in the current age of the elderly population. This is a concern in the social inclusion of this group so that they can also have a good quality of life. In this regard, the State must act in order to create public policies that can guarantee the elderly a social welfare, especially in relation to health problems, with regard to prevention and health promotion. Then we analyzed the existing policy for the achievement of the fundamental right to health problems, from the perception of counselors and the decisions of the rights of the elderly in the municipality of Criciúma / SC. Methodology was applied with a qualitative approach to research. It was noticed with this research that the members of the City Council of the Elderly have an understanding of the need for priority actions for the health of the elderly, although not proposed to the Municipal Health Council and the Municipal Secretary of Health a specific policy for health the elderly.

Keywords: Public policy; Health of the elderly; fundamental right to health of the elderly; City Council of the Elderly.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estatísticas demonstram que entre 1950 e 2025, a população idosa do Brasil irá atingir um patamar de 16 vezes contra 5 vezes da população total, chegando a sexta posição de população mais idosa do mundo, ou seja, acima de 32 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o Brasil na década de setenta, apresentava um índice de 4,95% de idosos. Este percentual aumentou para 8,47% de idosos na década de noventa (MELO et al, 2007).

O envelhecimento populacional começou primeiramente nos países desenvolvidos, e atualmente atinge países em desenvolvimento como o Brasil. Essa transformação gera problemas sociais, políticos e econômicos, e exige a implantação de políticas públicas direcionada à saúde da população idosa (SANT'ANA, 2009).

Quando se fala em expectativa de vida, percebemos que atualmente esta cresce em grandes números. Porém no início do século XX, a expectativa de vida aqui no Brasil era de 33,7 anos ao nascer. Com a Segunda Guerra Mundial, essa expectativa aumentou para 39 anos de idade, aumentando gradativamente em 1950 para 43,2 anos; em 1960 para 55,9 anos; de 1960 a 1980 para 63,4 anos; de 1980 a 2000 para 68,5 anos, e por fim de 2000 à 2025 chegará até 72 anos de idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Porém, esse impacto social, se deu principalmente, na segunda metade do século, pelo aumento absoluto e relativo da população adulta e idosa. Cabe ressaltar que no início dos anos 60, começa haver uma queda na fecundidade brasileira, devido ao surgimento de métodos anticoncepcionais. Até então a média de filhos por mulher era acima de seis, chegando à 2,3 filhos por mulher em 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Sendo assim, percebemos que vivemos atualmente num país, com alta taxa de idosos, e que se atingiu uma maior expectativa de vida, porém sem muita qualidade de vida ao mesmo tempo.

Estudos com base populacional têm demonstrado que, em nosso País, a maioria dos idosos (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15%, pelo menos cinco. No entanto, ao serem perguntados sobre a sua saúde, a metade considerou regular, 36% boa ou ótima e somente 13% má ou péssima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p. 10).

Existem muitos idosos, senão a maioria padecendo de enfermidades crônicas e quando não, dependência funcional, ou seja, não se coordenam sozinhos para realizar suas atividades diárias e também em relação a sua locomoção. Assim, conforme dados coletados por estudos do Ministério da Saúde, de 4 a 6% dos idosos possuem graves dependência para o exercício de sua vida funcional, sendo moderada para 7 a 10% e atingindo de forma mais branda 30% dos idosos. No conjunto da população idosa, em torno de 50 a 60% possuem a plena capacidade para uma vida independente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Quando se fala em direito à saúde, temos por base a nossa Constituição Federal que em seu artigo 6º, que se refere aos direitos sociais, garante a todos os cidadãos o direito à saúde entre outros. E em relação ao artigo 30, item VII, que ao município compete “prestar , com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 2010a).

Porém quando se fala da saúde do idoso, percebemos que há uma grande dificuldade no acesso à saúde deste segmento da população.

Segundo Melo et al (2009) o idoso tem uma precária assistência à sua saúde no sistema público, que se retrata pela elevada proporção de óbitos por causas mal definidas (que chega a 65%). Isto é agravado pela subnotificação de problemas que são considerados normais para a idade e que não precisariam de intervenção para o seu tratamento.

O Direito do Idoso

Os primeiros direitos direcionados a população idosa, tiveram como marco inicial a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da ONU, que ocorreu em Viena (Áustria) no de 1982. Como resultado deste evento veio a ser publicado no ano de 1983 em Nova Iorque, com a participação de 124 países (incluindo o Brasil), um Plano de Ação para o Envelhecimento (RODRIGUES et al, 2007).

A partir de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, e mais tarde regulamentada em 1996. Foi instituída para garantir os direitos sociais à pessoa idosa, principalmente ao direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1999 foi instituída, através da Portaria Ministerial nº 1.395, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Em abril de 2002, após o 1º plano, surgiu o Plano Internacional de Ação (PIAE) sobre o Envelhecimento, resultado da 2ª Assembléia Mundial de Envelhecimento, realizado em Madri, pela ONU, devido as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em todo o mundo (RODRIGUES ET AL, 2007).

Ainda em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com a criação de normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. A partir de 2003, se instituiu o Estatuto do Idoso, para que o cidadão a partir dos 60 anos de idade tivessem seus direitos, que já são garantidos pela Constituição Federal, viessem ser reforçados. Entretanto, o estatuto, apesar de regular os direitos, não apresentar os instrumentos para o financiamento destes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

O estatuto do idoso também ressalta que, ao idoso deve ser assegurado com absoluta prioridade, a efetivação à saúde, sendo obrigação da família, da comunidade e do Poder Público. Quando se fala na prioridade à saúde, o Estatuto do Idoso estabelece a garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais (BRASIL, 2010b).

E para garantia da saúde, o Estatuto do Idoso, que trata dos direitos fundamentais, deixa claro a obrigação do Estado diante do idoso que se configura com “a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. (BRASIL, 2010b)

Em 2006, através da Portaria nº 399/GM, foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Este Pacto prioriza a saúde do idoso entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

O Estatuto do Idoso e o Direito à Saúde

De acordo com o Estatuto do Idoso, a prevenção e a manutenção da saúde do idoso se inicia pelo cadastramento da população idosa em todo território brasileiro. Também é garantido por lei o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios com a presença de médicos especializados (BRASIL, 2010b).

Nem sempre essa realidade é possível, e na maioria das vezes se percebe a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e também a implementação é insuficiente ou não existe a implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

Esse atendimento também poderá ser domiciliar para quem necessitar e esteja impossibilitado de se locomover, abrangendo idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural. E para os idosos portadores de deficiência física terão atendimento especializado (BRASIL, 2010b).

Porém o que ocorre na vida real é a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos que recebem alta hospitalar e retornam para o seus domicílios, e também número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso, sendo a família, a responsável pelo cuidado ao idoso.

O Estatuto do Idoso estabelece que o poder público deve fornecer gratuitamente aos idosos todos os medicamentos, e principalmente os de uso continuado (BRASIL, 2010b).

Pois a população idosa, em geral, apresentam doenças crônicas e múltiplas que perduram na maioria, até o fim da suas vidas, e que precisa de constante acompanhamento médico.

De acordo com o Ministério da Saúde, a maioria dos idosos apresentam ao menos uma enfermidade crônica, sendo a mais comum a hipertensão arterial, atingindo quase 60% dessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Em relação aos planos de saúde, não deve haver discriminação para com os idosos, cobrando-lhes valores mais altos em razão da idade. Também ao idoso internado é dado o direito de acompanhante em tempo integral, sendo que o órgão de saúde deverá proporcionar condições adequadas para a sua permanência (BRASIL, 2010b).

O idoso em suas faculdades normais terá o direito de optar pelo seu tratamento de saúde que for mais favorável. Caso o idoso seja interditado, quem estará apto para escolher seu tratamento de saúde será seu curador, caso contrário, pelos seus familiares, ou até mesmo pelo médico, quando o paciente idoso estiver correndo iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consultar o curador ou a família. Caso o paciente idoso não tenha curador e nem familiar conhecido, o médico deverá comunicar o fato ao Ministério Público (BRASIL, 2010b).

Em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso, o profissional de saúde comunicará imediatamente a quaisquer desses órgãos: a autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso ou Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2010b).

Ao idoso, lhe é assegurado o direito de estar junto a sua família, para que ele viva de maneira mais confortável e máxima vida ativa possível. O encaminhamento de um idoso a uma Instituição de Longa Permanência (ILP), somente quando não for mais possível estar juntamente com sua família., pois para o idoso estar em uma instituição internado, poderá lhe causar perda da sua capacidade funcional e sua autonomia.

Ao idoso deve haver o cuidado comunitário, ou seja, baseado no cuidado entre familiares e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com atendimento voltado a geriatria. Isso faz do idoso se sentir mais valorizado, com maior inserção em sua comunidade.

O domicílio favorece a melhoria da qualidade de vida e garante a manutenção do vínculo familiar. Porém, o cuidado domiciliar ao idoso por um enfermeiro ou por um profissional de nível superior se restringirá para àqueles que

apresentarem algum grau de incapacidade funcional associada às doenças crônico-degenerativas, às doenças mentais, às deficiências físicas ou sensoriais.

Com relação aos cuidados informais aos idosos, prestados por familiares ou cuidadores, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) prevê, que esta parceria entre familiares e profissionais da saúde, se configure numa estratégia que torne menos oneroso, e que visa cada vez mais a beneficência da capacidade funcional dos idosos dependentes (DIOGO, 2004).

Saúde do Idoso e Saúde Coletiva

Na década de setenta, a atenção à saúde foi marcada por uma crise, devido aos serviços de saúde serem insuficientes, descordenados, mal distribuídos, ineficientes e ineficazes. A atenção à saúde, no Brasil, sofreu diversas mudanças na década de noventa através da implantação do SUS juntamente com a expansão da assistência médica suplementar (PAIM, 2006)

Quando se fala de assistência à saúde, leva-se em consideração que esta poderá sofrer influências de acordo com o perfil epidemiológico da população. Devido ao maior número de doenças e incapacidades, na população idosa, esta é a maior usuária dos serviços de saúde (MELO ET AL, 2007).

Os **serviços públicos** de saúde são utilizados por 2/3 dos idosos (68%), outros 24% possuem convênio médico, ou plano particular de saúde, 11% costumam pagar médicos ou hospitais particulares, 7% afirmam recorrer a medicinas caseiras (9% das idosas) e 5% contam com os agentes comunitários de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

Isto faz com que o Brasil tenha um custo proporcional, três vezes maior em relação às internações hospitalares públicas, com os idosos em relação a população brasileira (MELO ET AL, 2007).

Porém, o que ocorre é que dentro desta população idosa que mais freqüenta o sistema de saúde público, estão os idosos de baixa renda domiciliar mensal. Pois estes apresentam péssimas condições de saúde, em comparação com os que possuem uma melhor situação socioeconômica.

Para que o idoso não viesse adoecer com mais freqüência, a estratégia adotada seria monitorar permanentemente sua saúde , atuando de maneira a prevenir doenças (VERAS, 2008a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atenção ao idoso não deve ser baseado somente no mero assistencialismo. Mas deve ser feito com base em políticas públicas amplas e intersetoriais (MARQUES; CORTÊS, 2010).

Porém essas políticas públicas na área de saúde do idoso deverá considerar fatores que determinam a saúde ao longo da vida como: fatores sociais, econômicos, comportamentais, pessoais , culturais, ambiente físico e o acesso aos serviços, sempre com enfoque nas desigualdades sociais (VERAS, 2008b).

Além disso, deve-se levar em conta a realidade regional e municipal, e também a participação de uma equipe inter e multiprofissional. É necessário também “a formação e a articulação da rede social nas regiões e nos municípios para garantia do atendimento integral ao idoso” (SANT’ ANA, 2009, p. 52-54).

De acordo com SANT’ ANA para que os idosos venham ter um atendimento especializado de maneira a prevenir e curar doenças, conseqüentes de sua idade e ter um hábito de vida mais saudável, a área de saúde dentro da rede de apoio , deverá ser composta pelos seguintes profissionais:

médicos, enfermeiros, oftalmologistas, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos, e outras especialidades das unidades de saúde existentes no município (2009, p. 53-54).

Esse quadro de profissionais deverá estar relacionado com a realidade epidemiológica do local de atuação, e faz parte da atenção básica de saúde do idoso.

Na atenção secundária, ou seja, os serviços ambulatoriais também é necessário dessa equipe de profissionais, sendo indispensável o trabalho de equipe multiprofissional e interdisciplinar, juntamente com protocolos, normas e rotinas de atendimento e instrumentais de notificação (SANT’ ANA, 2009)

A atenção terciária trata-se de hospitais, que podem ser de atenção de pequena, média ou alta complexidade, e que deverá assegurar um atendimento preferencial, integral e humanizado ao idoso, de forma a mantê-lo sempre próximo de seu contexto familiar, social e cultural. Na atenção terciária , ao idoso é garantido

leitos geriátricos com direito a acompanhante e intervenção multi e interdisciplinar treinada (SANT' ANA, 2009).

Saúde do Idoso e Políticas Públicas

De acordo com Paim (2006, p. 15), a atenção à saúde “insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade”.

Com o aumento da população idosa brasileira, se faz necessário a formulação de políticas públicas para prevenir a saúde desta população.

A grande maioria dos idosos possui alguma doença (81%), tendo-se reportado 16 enfermidades que atingem pelo menos 5% da população idosa. Dentre elas a hipertensão atinge quase metade da população brasileira idosa (43%). Problemas de visão e de coluna são comuns a 26% e 23%, respectivamente, e 13% sofrem de diabetes, problemas cardíacos ou têm colesterol alto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

No Brasil, as políticas públicas vem tendo grande importância nas últimas décadas. Em relação a definição do que seja política pública, existem vários conceitos, sendo que nenhum é melhor que o outro.

A política pública pode ser definida,

[...] como o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo, colocar o “governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (SOUZA, 2007, p. 69).

Entretanto, apesar da previsão de estabelecimento de política pública de saúde para os idosos, ainda, existem muitos idosos em nosso meio, padecendo de enfermidades crônicas e sem o devido acompanhamento de saúde em face a não implementação ou falta de efetividade das políticas públicas existentes.

A maioria dos idosos quando precisam de remédios paga para obtê-los (71%), metade deles (51%) procura gratuitamente nos postos de saúde. Cerca de um terço dos idosos afirma nunca encontrar remédios gratuitos quando procura, 25% dizem encontrar sempre, 20% de vez em quando e 14% raramente encontram (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

Não adianta, o idoso ser atendido por um clínico geral e receber o medicamento para seu problema imediato, ou seja, atendimento assistencialista, sendo que a causa fundamental daquela doença crônica, está em resolver uma série de problemas do idoso. Muitas vezes, quando não a maioria das vezes, o idoso não tem um atendimento especializado para saber realmente o que lhe causa aquelas enfermidades crônicas. E quando o idoso carece também de uma alimentação mais saudável, por não ter condições financeiras para se alimentar adequadamente.

Isso também acontece quando vive com seus familiares e o seu aposento fica comprometido com financiamentos realizados por filhos, não lhe restando condições suficientes para comprar medicamentos, quanto então para se alimentar melhor.

A grande maioria dos idosos (88%) contribui para a renda familiar, muitas vezes como o principal provedor da família. A contribuição na renda familiar é quase unânime entre os homens idosos (95%) e entre as mulheres, cresce à medida que aumenta a faixa etária (de 78% entre as que têm entre 60 e 69 anos a 92% entre as com 80 anos ou mais) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010d).

Atualmente, a PNSI destaca duas políticas de saúde que são: a implementação da Internação Domiciliar no SUS e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A finalidade dessa política é orientar os profissionais do SUS, para que tenham capacidade de avaliar e cuidar da saúde dos idosos, tendo como foco a capacidade de realizar atividades cotidianas. Para os idosos frágeis é proposto a reabilitação da saúde, a prevenção e a atenção domiciliar, enquanto para os idosos independentes, o “acesso a medidas de prevenção e promoção de saúde, atenção básica e suporte social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010e).

As equipes de Internação Domiciliar é composta por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo que o tratamento tem duração de 30 dias, e após esta data, assumirá uma pessoa que será treinada pela equipe para cuidar do idoso, que poderá ser um familiar ou um profissional contratado que deverá ser identificado juntamente à equipe. A Internação domiciliar do SUS “deve reduzir custos com internações e filas de espera nos hospitais do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010e).

A Internação Domiciliar no âmbito do SUS, foi instituída pela portaria n. 2529 de 19 de outubro de 2006, e estabelece a prioridade para o grupo populacional de idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010f).

Esta política tem como diretrizes essenciais para o alcance de seus objetivos :

a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais ; e o apoio a estudos e pesquisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010f; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010g).

Por fim, entende-se que a questão que envolve a saúde dos idosos, devem ser pensada e executada em um sentido de integralidade (conforme preconiza o SUS) e com prioridade e não apenas ser executada como medida curativa, e muitas vezes, meramente hospitalocêntricas, fundadas no aspecto curativo.

Neste sentido, as políticas públicas de atenção à saúde do idoso devem ser refletidas com o objetivo de possibilitar ao idoso envelhecer com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>.

Acesso em: 07.05.2010a.

BRASIL. **Estatuto do idoso**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf. Acesso em:

26.07.2010b.

MARQUES, Cristiane Maurici e CÔRTEZ, Beltrina. Quais são as tendências das pesquisas fisiogerontológicas? O caso da PUC/SP. **A Terceira Idade**, São Paulo , v.21, n.47 , p.21-59, mar. 2010.

MELO, Mônica Cristina *et all*. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.1579-1586, mar./abr./2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso.**

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 26.07.2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.** Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 22.11.2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Demandas setoriais** (saúde, acessibilidades, educação, formação, informação, aposentadoria, tempo livre, lazer e atividades físicas).

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26549&janela=1> Acesso em: 26.07.2010c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relações familiares e laços afetivos, Instituições de longa permanência e Percepções da morte.** Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26549&janela=1>. Acesso em: 26.07.2010d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Idosos ganham política de saúde.** Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25215>. Acesso em: 26.07.2010e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 2529 de 19 de outubro de 2006.** Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf> >. Acesso em: 27.07.2010f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 1395, de 10 de dezembro de 1999.**

Disponível em: :

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf> . Acesso em: 14.12.2010g.

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. p.15-38. In. MINISTÉRIO SAÚDE. **Atenção à Saúde no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani, et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis: p. 536- , jul./set., 2007.

SANT' ANA, Leila Auxiliadora José de. O que considerar para a construção do modelo de atenção à saúde do idoso no SUS?. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 20, n. 44, p. 47-62, fev. 2009.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. p. 65. 86. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

VERAS, Renato P. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4 , p.1119-1126, ago. 2008a.

VERAS, Renato P. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3 , p.497-502, jun. 2008b.

O ACOLHIMENTO E O VÍNCULO COMO INSTRUMENTOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM GRUPO DE DIABÉTICOS

Luciane Bisognin Ceretta

LADSSC e NEPIEES - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – luk@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

LADSSC e NEPIEES – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – mts@unesc.net

Karina Gulbis Zimmermann

LADSSC e NEPIEES – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – Karina@unesc.net

Cerinéia de Macedo

NEPIEES – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – enfermagem@unesc.net

Lisiane Tuon Bitencourt

LADSSC– Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – ltb@unesc.net

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa que buscou identificar o acolhimento e o vínculo como instrumentos para a integralidade do cuidado a partir da perspectiva de um grupo de diabéticos em tratamento com insulina atendidos no Programa de Autromonitoramento Glicêmico da Policlínica Municipal de Criciúma – SC. Foram entrevistados 20 diabéticos por meio de entrevista aplicada pelo enfermeiro do Programa de Diabéticos porém que não efetua o atendimento no Programa de AMG. Os resultados apontam que embora os entrevistados tenham dificuldade para conceituar o acolhimento, referem que são muito bem atendidos no programa, que a escuta acolhedora é terapêutica e os problemas de acesso e estrutura física do local, embora precários, não interferem na satisfação com o atendimento que recebem.

Palavras-chave: Acolhimento; Vínculo; Diabéticos.

ABSTRACT

It is a qualitative study that sought to identify the host and the link as tools for comprehensive care from the perspective of a group of diabetics treated with insulin treated at the Glycemic Autromonitoramento Program Municipal Polyclinic Crickhowell - SC. 20 diabetics were interviewed through an interview by the nurse applied the diabetes program but that does not effect the service of AMG in the program. The results show that although the respondents have difficulty conceptualizing the host state that are very well served in the program, which is pleasant listening therapy and the problems of access and physical structure of the site, although poor, does not interfere with the satisfaction with the service they receive.

Keywords: Reception; Bond; Diabetic.

INTRODUÇÃO

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente, e sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. E exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “próximo de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. (Neves e Rolo, 2006)

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.(PNH, 2006)

A atenção a saúde das pessoas e para as pessoas tem assumido ao longo dos anos um caráter biologicista como resultado das fortes influências flexnerianas sobre este processo. Nos últimos anos, no entanto, tentativas diversas tem se ocupado de estruturar propostas e ações que visem o redirecionamento desta forma de oferecer saúde, deslocando o foco da saúde como bem de mercado para um bem essencial, um direito inalienável do cidadão. No entanto, reverter este modelo já incrustado tanto nos serviços quanto nas instituições formadoras de trabalhadores para o setor saúde não tem sido fácil. A Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde do Brasil, tem apresentado importante contribuição para a instituição de ações inovadoras e com potencial para contribuir com a reversão deste modelo de assistência ainda tão centrado no órgão doente e não na pessoa. Dentre os conceitos chave apresentados está o acolhimento que ganha força na medida em que experiências exitosas em todo o Brasil passam a ser divulgadas.

Acolher a pessoa que busca o serviço de saúde é portanto, uma ação essencial para a integralidade do cuidado, tendo em vista que esta pessoa além de sua patologia apresenta necessidades diversas e uma delas é a necessidade de ser ouvida em suas angústias e sofrimentos. Neste sentido o processo comunicativo que se estabelece entre sujeito que busca o cuidado e profissional de saúde é essencial, entendendo então a comunicação como uma das importantes estratégias para o acolhimento em saúde.

As diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro. (Costa, 2004)

Segundo Panizzi e Franco (2004), o acolhimento é uma diretriz operacional do modelo de saúde, que traz novo significado na relação do profissional com o usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e sócio-ambiental.

Organizar o processo de trabalho na lógica do acolhimento implica uma ampla e profunda reorganização das ações desenvolvidas, das posturas adotadas pelos distintos trabalhadores de saúde, dos cuidados desenvolvidos e da forma com que a pessoa que busca o serviço é recebida, ouvida, atendida, e encaminhada de volta ao lar ou referenciada a outros serviços.

Com a inserção do acolhimento no modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho em saúde e a porta de entrada da unidade devem ser modificados, para facilitar o acesso do usuário. (Esmeraldo Et AL, 2009)

Entendemos que o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nesse campo. Por isso, podemos utilizar o cuidado como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção. (Silva Junior, Pontes, Henriques, 2006)

Esse processo de acolher, de ouvir e de preocupar-se efetivamente com a situação de saúde do outro, implica em construção de vínculo com este outro, pois esta construção de vínculo é essencial para que seja possível penetrar nas causas dos problemas e pactuar ações de cuidado que serão levadas a efeito, pois na medida em que se constrói vínculo, se estabelece também uma relação de reciprocidade, de credibilidade e de confiança. O acolhimento e o vínculo são, portanto ferramentas essenciais para a integralidade do cuidado em saúde.

O acolhimento tem papel fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde, ocupando todos os lugares e tendo o papel de receber e interligar uma conversa à outra, conectando os diferentes espaços de conversa, e se dá em qualquer encontro trabalhador – usuário, em qualquer dessas conversas. (Takemoto e Silva, 2007).

Este estudo teve por objetivo identificar a compreensão dos diabéticos que utilizam os serviços do Programa de Automonitoramento Glicêmico da Policlínica Municipal de Criciúma sobre o atendimento, o acolhimento e o vínculo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2006), este tipo de pesquisa procura aprofundar e compreender, em suas múltiplas dimensões, uma realidade específica, a lógica interna de grupos que envolve processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais e a incorporação de significados.

A Pesquisa foi desenvolvida na Policlínica Municipal de Criciúma, junto ao Programa de Automonitoramento glicêmico que está localizado no terceiro piso e atende diabéticos em tratamento com insulina de todo o município. O acesso do paciente ao programa é dificultado por dois andares de escadas longas, o que gera insatisfação nos usuários do programa.

A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevista semi-estruturada, que foram realizadas por um dos enfermeiros que atuam na Policlínica Central, no programa de diabéticos. A abordagem ao usuário era feita após ter sido concluído o seu atendimento, naquela ocasião da pesquisa.

A coleta deu-se entre os meses de março a maio de 2010. Os sujeitos da pesquisa foram 20 diabéticos em tratamento com insulina, que freqüentam a unidade e que foram recebidos pela enfermeira responsável pelo atendimento no programa de Automonitoramento Glicêmico. Como critério de inclusão, ficou estabelecido que fossem selecionados os usuários que freqüentam o programa de automonitoramento glicêmico há pelo menos seis meses. É importante salientar que a quantidade de sujeitos ocorreu pelo critério de saturação, na medida em que as informações foram se repetindo e forneceram elementos suficientes para o estudo (Mianyo, 2006).

O roteiro de entrevista contemplava informações pertinentes ao objeto de estudo - o acolhimento e o vínculo na ótica do diabético usuário do programa de automonitoramento glicêmico.

Após a coleta de dados, as informações foram agrupadas, categorizadas e seqüencialmente discutidas com base na compreensão sobre esses resultados, utilizando-se a Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 1977, p.42).

Elaborou-se o plano de análise, contemplando os seguintes passos, sugeridos por Bardin (1977): constituição do corpus, definição das unidades de sentido; leitura flutuante; agrupamento e subcategorização; categorização; tratamento dos resultados.

O corpus foi constituído de vinte entrevistas com diabéticos que utilizavam o Programa de Automonitoramento Glicêmico na unidade de saúde.

Finalizada a decomposição do corpus, selecionou-se 187 unidades de sentido. A partir da leitura flutuante, as unidades criadas foram agrupadas em dez subcategorias, e estas, por sua vez, deram origem a quatro categorias de análise. O tratamento dos resultados ocorreu a partir da análise das categorias e do diálogo com a literatura científica pertinente.

Todos os sujeitos entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os preceitos legais e éticos que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, sendo-lhes garantidos o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Foram assegurados, também, o sigilo das informações e a privacidade dos sujeitos, de forma a proteger-lhes a imagem, evitando qualquer prejuízo.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, pelo parecer nº

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os entrevistados são 12 mulheres e 08 homens, na faixa etária entre 56 e 72 anos de idade, todos diabéticos há mais de cinco anos, em tratamento com

insulina há mais de dois anos e usuários do Programa de Automonitoramento glicêmico há mais de seis meses, com em médio 06 a 08 anos de estudo. São residentes em Criciúma – SC, em bairros periféricos. A seguir apresenta-se as categorias de análise:

Acolhimento? Não sei, nunca ouvi falar!

O acolhimento implica uma reformulação da relação entre os profissionais e os usuários. Estes são percebidos por aqueles não somente como um indivíduo isolado do seu contexto, mas considerando-se as suas dimensões socio-cultural, ambiental e histórica (Franco e Panizzi,2004).

Eu não sei o que significa isso de acolhimento mas eu gosto muito do atendimento aqui. Eu me sinto em casa e sempre que eu preciso de ajuda eu sei que aqui a enfermeira vai me escutar, me orientar e me ajudar. (E7)

Ai eu não sei falar o que é. Eu gosto muito de ser atendida neste programa. Essas pessoas são maravilhosas. A enfermeira é muito especial. (E19)

Eu já ouvi falar sobre isso mas eu não sei o que é. (E11)

Não, não sei o que é mas eu sei que não gosto desta escada, ela é muito comprida, canso muito e chego aqui em cima acabada, mal consigo falar.(E17)

Não sei minha filha, já sou velha e esses nomes diferentes eu não conheço. (E1)

Olha eu não entendo destes nomes bonitos mas eu sei falar que eu gosto da enfermeira e sou bem atendida no programa. (E11)

As falas dos diabéticos entrevistados revelam que não sabem o que significa acolhimento mas conseguem associar o atendimento na medida em que referem que gostam muito do modo como são atendidos no local e ainda conseguem exemplificar com situações que não gostam, tal qual a escada que torna difícil o acesso dos diabéticos ao programa.

Desse modo destaca-se então que os entrevistados apresentam dificuldade para conceituar o acolhimento tal qual se coloca na literatura sobre o assunto, porém conhecem seu significado por meio das atitudes daqueles que os atendem no programa do qual participam.

Acolhimento: vínculo e escuta!

Ai para mim esse lugar é um descanso (risos) acho que a única pessoa que gosta de ir no posto de saúde sou eu, mas eu gosto muito viu, venho toda a semana, uma vez ao mês para buscar minhas coisas mas venho toda a semana nem que seja para dar um oizinho. Se consigo vaga para a enfermeira ela me escuta, me entende, me orienta, eu choro as minhas mágoas e ela não briga comigo, me escuta. Nem consigo pensar se perder essa pessoa que escuta. (E8)

Segundo Souza et al (2008) o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os profissionais para direcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar.

Se venho para a Policlínica dou uma passadinha ali no programa. Sinto falta sabe do jeito que ela me trata (a enfermeira), posso estar suja, limpa, bonita, feira para ela eu to sempre a mesma e ela é sempre tão querida comigo. O abraço dela é muito bom. Sinto muita falta. (E4)

O encontro entre trabalhador e usuário se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. (Ramos e Lima, 2003)

Se posso dizer alguma coisa então eu digo que sou acolhida sim, e digo mais, fico até feliz todo mês quando está na hora de voltar para pegar a insulina e as tiras, porque sei que vou ser bem atendida. É o meu momento de ser ouvida. Todos precisam disso né. (E12)

Constata-se que o acolhimento adequado permeado por um processo de escuta contribui para a criação do vínculo e isso é fundamental para que as práticas de autocuidado orientadas sejam levadas a efeito pelos pacientes. A credibilidade do que se orienta num programa que atende diabéticos relaciona-se diretamente ao modo como estes diabéticos são atendidos.

No Programa de Automonitoramento Glicêmico da Policlínica Municipal de Criciúma busca-se romper com o modelo hegemônico de prestação de serviço

baseado no modelo biomédico com olhar voltado à ação curativa, onde o indivíduo é visto por partes e não como ser integral dentro de um cenário social.

No referido programa cada indivíduo é um sujeito, com suas histórias felizes e outras infelizes, mas todos apresentam inúmeras necessidades muitas das quais resolvidas com uma atitude que não gera custos mas que requer tempo e preocupação com a vida das pessoas: o ouvir o outro para além de escutar suas queixas. Ouvir suas leituras de mundo, suas angústias, suas implicações familiares, enfim, todos estes elementos que serão de grande importância para a pactuação do cuidado.

O acolhimento significa a humanização do atendimento e a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta dos problemas de saúde dos usuários de forma qualificada dando sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema.(Solla,2005)

Acolhimento: Cuidado e carinho

*Esse carinho que recebo aqui não tem em nenhum outro lugar. Eu adoro ser atendida aqui. Subir esta escada grande me cansa mas eu sei que no fim eu vou encontrar quem me escute.
(E19)*

Me sinto em casa, me sinto acolhida mesmo, muito bem atendida e mesmo quando tem muita gente na fila ainda assim sobra um tempinho para eu contar das minhas últimas. Me sinto cuidada, recebo carinho.(E20)

A gente que é diabético e já tem uma certa idade precisa sabe de pessoas que tratem a gente bem, que olhem para a gente com vontade de ajudar, ah a gente se sente tão bem e isso eu encontro aqui, gente que gosta de mim, que fica contente quando eu digo que to bem e que fiz as coisas direitinhos, gente que se preocupa comigo se por acaso eu não posso vir e mando outra pessoa, até ligam para a minha casa para saber se está tudo bem mesmo. Onde que existe isso? Esse programa é uma benção. Essa enfermeira é nosso anjo da guarda. (E15)

Eu me sinto muito acolhida aqui porque se preciso de alguma coisa a enfermeira já me encaminha para o médico, ou para a nutricionista ou para a psicóloga ou para a assistente social . Ela já me encaminhou para todos estes (risos) porque eu precisei né claro. Depois sempre voltei denovo para ela então isso dá uma segurança para a gente né.(E5)

Teixeira (2003) aborda o acolhimento como um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma rede de conversações. O autor propõe a adoção do termo acolhimento diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá no interior dos serviços de saúde e que ele considera como uma espécie de

mola mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde. (Teixeira 2003)

Turci (2008) coloca que a equipe de saúde deve assumir uma postura capaz de acolher, de escutar e de dar a resposta mais adequada a cada usuário. Desta maneira, o diagnóstico, a prescrição e a realização de procedimentos não seriam mais operações isoladas, mas resultado da integração e parceria de todas as categorias.

Constata-se pela fala dos entrevistados que o cuidado e a preocupação com a situação de saúde apresentada por eles tem sido interpretada muito positivamente. A referência e contra-referência neste serviço tem funcionado muito bem e os diabéticos deste programa apresentam prioridade no atendimento dos outros serviços tendo em vista a complexidade do problema e os resultados deletérios da doença descompensada sobre o estado de saúde da pessoa.

Acolhimento x estrutura física do serviço!

O que eu acho ruim aqui é esta escada enorme, sinto falta de ar e tenho que parar várias vezes até chegar no programa. Isso tinha que ser melhorado, a gente se sente tão jogada, ainda bem que nos atendem muito bem.(E3)

Eu acho esse lugar horrível. Não fosse o jeito maravilhoso da enfermeira que atende a gente e cuida da gente não viria aqui, mas venho porque preciso porque o lugar cheira mal, é sujo e quando chove então? Já vi elas tirando a água de balde.(E16)

O programa e o atendimento são ótimos, não sei o que seria de mim sem eles, mas acontece que este lugar é muito feio, muito ruim, a escada é mal conservada e eu mesma já caí ali, tenho muito medo de cair de novo então isso me cansa e me deixa triste.(E18)

Takemoto e Silva (2007) comentam que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

Os autores ainda comentam que os objetivos do acolhimento seriam ampliar o acesso dos usuários aos serviços, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.

Esmeraldo et al (2009) comenta que o serviço de saúde assume a função de acolher e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. O usuário nem sempre considera a resposta com sendo positiva, já que vai à unidade com a expectativa de solucionar o seu problema de imediato, e nem sempre isso ocorre. Muitas vezes a resposta é uma orientação, um encaminhamento, mas mesmo assim, mesmo que o atendimento não seja imediato, a pessoa se sentiu escutada, acolhida e pode compreender os motivos das respostas que foram dadas.

A estrutura física do serviço, de fato, não contribui para a implantação de uma proposta de acolhimento adequada aos diabéticos que utilizam o programa de automonitoramento glicêmico, tendo em vista que o programa está sediado no terceiro piso da Policlínica e as escadas de acesso são longas. Não há elevador para o acesso a sala e também os locais para a espera dos pacientes para serem atendidos está muito aquém das necessidades. Muitos pacientes precisam aguardar em pé o atendimento e na sua grande maioria são pacientes idosos com comorbidades importantes.

Neste aspecto especificamente, e a partir das observações efetuadas diariamente pelos diabéticos, iniciativas governamentais tem sido adotadas no sentido de deslocar o atendimento do Programa de Automonitoramento Glicêmico para outro local com melhor acesso e maior abrangência no atendimento.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu constatar que acolher as pessoas implica em atendê-las adequadamente, estabelecendo com as mesmas um processo comunicativo que permite a construção do vínculo e, portanto, o estabelecimento de pactos positivos para o cuidado à saúde.

O grupo de diabéticos entrevistados embora apresente um conhecimento limitado sobre o entendimento do que seja acolhimento, define que o atendimento recebido no programa de automonitoramento glicêmico é de excelência e os obstáculos estruturais não são suficientes para interferir neste processo o que confirma a hipótese que a disposição do profissional de saúde em bem atender as pessoas que buscam os serviços se sobressai a outras situações limitantes.

O Programa de Automonitoramento glicêmico tem na escuta acolhedora seu eixo principal, sua referência de atendimento e este é percebido e verbalizado pelos diabéticos atendidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília, DF, 2006

ESMERALDO, G.R. de O.V. Análise do acolhimento na estratégia saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Revista APS**, v.12, n.2, p.119-130.

RAMOS, D.D.;LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34

SOLLA, j.j.s.p. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5,n.4, p.493-503

SOUZA E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.100-110, 2008

TAKEMOTO, M.L.S. ; SILVA. E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331 – 340, 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. **In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003 p.49-61.

TURCO, M.A. Acolhimento e demanda espontânea. **In: _____(Org.). Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Brasília: Brasil, 2008, p.210 - 222

O FORNECIMENTO DO PROTETOR SOLAR COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE

Angélica Cristina Castelli Rosso

Bacharel em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, angelicacristina_cr@yahoo.com.br

Reginaldo de Souza Vieira

Mestre e Doutorando em Direito pelo CPGD/UFSC

Professor do Curso de Direito da UNESC. Advogado

Líder do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC), prof.reginaldovieira@gmail.com

RESUMO

A presente pesquisa tem como tema central o fornecimento do protetor solar como política pública de saúde na prevenção ao câncer de pele, com o objetivo de estudar a necessidade que se estabelece nos dias atuais em haver a distribuição de fotoprotetores gratuitamente, uma vez que o Direito a Saúde trata-se de um Direito Fundamental consagrado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e o câncer de pele ser uma neoplasia que cresce a cada ano, pela alta incidência da radiação ultravioleta que se dá através da exposição solar, e que sem a devida proteção causa rigorosas conseqüências. Por ser através das políticas públicas que o Estado intervém na vida da coletividade, visando a garantia de direitos e do bem-estar social, é que se têm a distribuição do protetor solar como uma política pública efetuada através do principal órgão de prevenção e assistência a saúde do povo brasileiro, ou seja, o Sistema Único de Saúde – SUS. A metodologia utilizada foi através do método dedutivo teórico, por meio de pesquisa bibliográfica em doutrinas e artigos, tendo como base inicial o Projeto de Lei nº 3.730/2004, que disporá sobre a distribuição de forma gratuita, através do SUS, do protetor solar, a toda população, com fator de proteção FPS12. Mencionado projeto ainda se encontra em tramitação na Câmara dos Deputados em Brasília/DF.

Palavras-Chave: Direitos Fundamentais; Câncer de pele; Direito à Saúde; Protetor Solar; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research is focused on the supply of sunscreen as public health policy on preventing skin cancer, in order to consider the need that is established today in having the distribution of free sunscreen, since the Law Health it is a fundamental right enshrined in the Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988, and skin cancer is a cancer that grows every year, the high incidence of ultraviolet radiation is through sun exposure, and that without proper protection cause severe consequences. Because it is through public policies that the state intervenes in the life of the community in order to guarantee the rights and welfare, is that if they have the distribution of sunscreen as a public policy done through the main organ for the prevention and care health of the Brazilian people, ie, the Unified Health System - SUS. The methodology used by the deductive method was theoretical, through literature and articles on doctrines, based on the original Bill No. 3.730/2004, which provides for the distribution of free, via the SUS, sunscreen, the whole population, with a protection factor FPS12. Said project is still pending before the Chamber of Deputies in Brasilia / DF.

Keywords: Fundamental Rights; Skin Cancer; Right to Health; Sunscreen; Public Policy.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho estuda a possibilidade de distribuição do protetor solar, de forma gratuita, como uma política pública em saúde para a prevenção do câncer de pele.

O projeto de Lei nº 3.730/2004, proposto pelo Deputado Lobbe Neto, é o ponto de partida desse estudo, envolvendo nele a pesquisa sobre os Direitos Fundamentais, em especial o Direito Fundamental à Saúde, o Câncer de Pele e a possibilidade de se incluir no rol das Políticas Públicas a distribuição do protetor solar.

A saúde possui como conceito, proposto pela Organização Mundial da Saúde, o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. Esse conceito está intimamente ligado aos Direitos Humanos, e conseqüentemente aos Direitos Fundamentais.

A proteção da saúde foi consagrada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como um Direito Fundamental Social, devendo o Estado garantir sua promoção, através de atividades de prevenção e assistência, pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Muitas doenças tiveram grandes avanços na sua propagação nos últimos tempos, e o câncer de pele é uma delas. Por ser uma neoplasia que atinge a população de forma gradativa, ou seja, cumulativa, se percebe pouca preocupação nos cuidados de prevenção dessa doença, que geralmente ocorre pela exposição inadequada ao sol.

Os cuidados com a prevenção tornam-se um fator de grande importância para diminuição dos casos de câncer de pele no país. O uso de bonés, óculos, roupas adequadas, evitar horários inadequados de exposição ao sol e a utilização dos protetores solares são medidas eficazes para tanto.

Mencionada prevenção, busca amparo através das políticas públicas implementadas pelo Estado, já que este é o meio através do qual o Estado intervém na vida social, na busca pelo bem estar de cada indivíduo, e em especial nesse caso, para proteção da saúde e principalmente da vida de cada pessoa.

Uma das formas de incentivo para essa prevenção, está na distribuição do protetor solar pelo SUS, que busca sua implementação através do projeto de Lei acima mencionado, onde poderíamos verificar uma das formas de atuação, a principal delas, a que o SUS se propõe, ou seja, atuar através de ações preventivas.

Porém, cabe destacar que esta pesquisa não busca esgotar a temática em estudo (dentro dos limites para a sua elaboração), mas provocar a reflexão sobre a providência da inclusão do fornecimento do protetor solar nas políticas públicas de saúde para prevenção e combate ao câncer de pele.

Saúde: um direito fundamental do ser humano.

Os direitos fundamentais do ser humano: o direito fundamental à saúde.

Os direitos fundamentais do ser humano são direitos essenciais para a vida e desenvolvimento do homem, e a saúde é considerada um direito fundamental, principalmente após a sua consagração na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na qualidade de direito fundamental social.

De um ponto de vista histórico, os Direitos Fundamentais, são, originalmente, direitos humanos, que foram positivados, tornando-se assim, aptos a produção de efeitos no plano jurídico (GUERRA FILHO, 1997).

Nas palavras de Norberto Bobbio:

Os direitos humanos nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares (quando cada Constituição incorpora Declarações de Direitos) para finalmente encontrar a plena realização como direitos positivados universais. (1992, p. 30)

De grande importância na formação dos direitos fundamentais, foi a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, que junto de outras declarações, teve como característica comum sua profunda inspiração jusnaturalista, reconhecendo ao ser humano direitos naturais, inalienáveis, invioláveis e imprescritíveis, direitos de todos os homens e não apenas de uma casta ou estamento (SARLET, 1998).

Podemos dizer que a base para conceituar os direitos fundamentais é o princípio da Dignidade da Pessoa Humana, que “no mundo contemporâneo diz

respeito ao valor essencial do ser humano” valor esse que surgiu a partir de diferentes referenciais filosóficos (FIGUEIREDO, 2007, p. 47).

Fazendo uma relação do Direito Fundamental à Saúde com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, têm-se aí direitos intimamente ligados, uma vez que se baseiam na garantia que o Estado dá ao indivíduo de ter um desenvolvimento sadio, com dignidade e qualidade de vida. Dessa forma, “o Estado deve promover políticas sociais e econômicas destinadas a possibilitar o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (TAVARES, 2008).

As Constituições brasileiras, desde a Constituição do Império do Brasil de 1824 vem proclamando, em seu texto, os direitos fundamentais. Mas, foi na Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 que pela primeira vez pode-se perceber um tratamento de merecida relevância aos direitos fundamentais (SARLET, 1998).

A Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 consagrou, o direito à saúde, como direito de todos e dever do Estado promover a sua garantia.

O direito fundamental à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

O Direito Fundamental à Saúde veio contemplado na Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 no rol dos direitos sociais, direitos esses que exigem uma ação positiva⁵⁹ do Estado para sua efetivação (TAVARES, 2008).

Nas palavras de Mariana Filchtiner Figueiredo os direitos sociais:

[...] respondem pelo fornecimento dos recursos fáticos indispensáveis ao efetivo exercício das liberdades e dos demais direitos fundamentais, buscando assegurar a liberdade efetiva pela igualdade material. Os direitos sociais são tão fundamentais quanto os demais “direitos e garantias” reconhecidos constitucionalmente. (2007, p. 64)

Diversas são as ações e prestações quando se refere à efetivação do Direito Fundamental à Saúde, uma vez que a doutrina parece convergir para os aspectos curativo, preventivo e de promoção da saúde (FIGUEIREDO, 2007).

⁵⁹ Na visão de André Ramos Tavares, essas ações positivas estariam ligadas a “uma forma atuante do Estado na implementação da igualdade social dos hipossuficientes”. (2008. p. 769)

Para André Ramos Tavares (2008) a CRFB/1988 esteve extremamente atenta à necessidade de o Poder Público estar presente nas ações e serviços de saúde, a ponto de estabelecer uma série de atuações que se fazem necessárias nessa área.

Dessa forma, instituiu-se um sistema único denominado como SUS, ou seja, Sistema Único de Saúde, devendo ele se submeter ao princípio do atendimento integral, onde deve ser abrangido todas as necessidades do ser humano relacionadas a saúde (TAVARES, 2008).

Assim, para que as possibilidades de efetivação dos direitos fundamentais continue a integrar nosso ordenamento jurídico pátrio, “torna-se indispensável o concurso da vontade por parte de todos os agentes políticos e de toda a sociedade” (SARLET, 1998, p. 72).

O direito à saúde é muito abrangente, devendo estar ligado há muitas outras ações e serviços que prestadas de forma positiva através do Estado garantam seu efetivo cumprimento no real significado de proporcionar à todos o bem estar físico, psíquico e social (DALLARI, 2004).

Importante, agora, passarmos a uma breve consideração acerca do câncer de pele, especificando algumas de suas características, causas de incidência e principalmente as formas de prevenção dessa neoplasia que se faz tão presente na população nos dias atuais, tendo em vista que nosso objetivo principal é o estudo de políticas públicas para prevenção dessa doença que cresce em nosso país.

Câncer de pele: conseqüências e formas de prevenção

Câncer: conceituação.

Nosso corpo é composto por células consideradas a unidade básica da vida, pois somente ela tem a capacidade de manter vida e de transmiti-la (MELLO, 2007).

As células possuem um grande potencial de divisão, só que sob condições normais elas não podem avançar em taxas elevadas pela limitada quantidade de nutrientes, sendo assim, o controle existente na divisão celular evita o crescimento excessivo do número delas, e assegura que as que forem danificadas ou que tenham problemas, sejam substituídas por outras (BOLSOVER, 2005).

Dessa forma, a anormalidade que fundamenta a origem de um câncer, está na contínua proliferação desregrada das células. Elas crescem e se dividem de maneira descontrolada, não obedecendo aos sinais que controlam o comportamento celular normal. O câncer pode resultar da divisão anormal de qualquer tipo de célula, por isso a existência de diferentes neoplasias (COOPER; HAUSMAN, 2007).

O medo dos tumores, e o sofrimento causado por um câncer e seu tratamento, se associaram para tornar a prevenção uma alta prioridade nas clínicas médicas e na saúde pública (OMENN, 2005).

O câncer de pele

A pele que se expõe à radiação solar cumulativamente, durante anos, passa por algumas alterações morfológicas (HABIF, 2002).

Dessas alterações morfológicas, podem surgir dermatoses denominadas pré-cancerosas, que evoluindo se tornam um verdadeiro câncer cutâneo (AZULAY; AZULAY, 1999).

Sendo assim, para a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), o “câncer da pele é o crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele. Estas células se dispõem formando camadas e, dependendo da camada afetada, teremos os diferentes tipos de câncer” (2010).

O principal fator para o desenvolvimento de um câncer cutâneo e o envelhecimento da pele, é a radiação ultravioleta que está presente nas cabines de bronzeamento artificial e nos raios solares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2010).

Podemos dividir os tipos de câncer em melanoma (MM), e tumores não-melanoma (incluindo aqui os dois tipos mais comuns que são o carcinoma basocelular – CBC – e o carcinoma espinocelular – CEC). “As taxas de morbidade para ambos os grupos é significativa e tem aumentado nas últimas décadas” (SAMPAIO; RIVITTI, 2001, p. 987).

Cânceres não-melanoma

Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional do Câncer (2010b), o câncer de pele não-melanoma é o que possui maior incidência no Brasil, para ambos os sexos, e sua letalidade é considerada baixa, mas quando diagnosticada tardiamente pode causar lesões e ulcerações sérias. Sendo identificado logo no início, as chances de cura são elevadas.

Esse câncer possui dois tipos de maior incidência. São os carcinomas basocelulares, considerado o mais freqüente, atingindo 70% dos casos, e os espinocelulares, segundo tipo mais comum e que pode se disseminar por meio de gânglios e provocar metástase (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2010).

O carcinoma basocelular é considerado “o tipo mais benigno, pois sua malignidade é local”. Apresenta como característica, feridas que sangram com facilidade, formando secreções e crostas, não cicatrizando. A maior incidência está na faixa de idade de 40 anos, ocorrendo, nos 2/3 superiores da face (nariz, testa, pálpebras, bochecha) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2010).

Já o carcinoma espinocelular é de caráter mais invasivo e, pode causar metástase com mais frequência. Tem origem, geralmente, em lesões preexistentes, como por exemplo: queratoses solares, leucoplasias ou cicatrizes de queimaduras. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER, 2010)

Quando não tratado pode causar destruição local, implicando no risco de apresentar metástase (SCHUCHTER, 2005).

Melanoma

O Melanoma⁶⁰ cutâneo se origina nos melanócitos, e é considerado o câncer de pele mais agressivo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER, 2010).

Por ser dotado de grande malignidade, o melanoma frequentemente produz metástases, podendo se propagar em extensão, e muito rapidamente em profundidade, atingindo planos musculares e mais tarde podendo ganhar a rede

⁶⁰ O termo Melanoma, já consagrado apesar de imperfeito, reúne todo o grupo de tumores malignos oriundos do melanócito, célula responsável pela produção de melanina. A adição do adjetivo maligno nos parece desnecessária, como nos linfomas, já que não mais falamos em melanomas (ou linfomas) benignos. (MARSILLAC; ROCHA, 1980, p. 244)

sanguínea, chegando a órgão como fígado, cérebro, pulmões e outras áreas do tegumento (BECHELLI; CURBAN, 1978).

Fatores que influenciam na incidência do câncer de pele

Pode-se considerar como principal carcinógeno para a pele os raios ultravioletas (RUV). O efeito cancerígeno da radiação solar sobre a pele ocorre de maneira cumulativa, isto é, vai-se processando progressivamente com a idade, justificando, pelo menos em parte, a maior frequência de epitelomas nas últimas décadas da vida (AZULAY; AZULAY, 1999).

A incidência de um câncer não-melanoma aumenta com a proximidade da linha do Equador, onde a radiação solar ocorre de forma mais intensa (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

Para o surgimento do melanoma a exposição solar desempenha um papel importante na sua formação, uma vez que são as queimaduras e bolhas formadas a partir da exposição solar intensa que possuem maior relação com o surgimento desse tipo de carcinoma cutâneo (ALMEIDA, 2006).

Além de causar o câncer de pele, a exposição prolongada da pele ao sol e de forma cumulativa pode causar o envelhecimento cutâneo, por isso é importante se utilizar dos meios de prevenção a esse efeito causado pelas radiações ultravioletas (AZULAY; AZULAY, 1999).

Formas de prevenção ao câncer de pele

Quando se fala em prevenção ao câncer de pele, não é mencionado qual o meio mais eficaz para garantir a proteção contra os agentes que influenciam na incidência de tal doença, mas a recomendação de se reduzir o tempo de exposição ao sol é imperante, além da recomendação do uso de fotoprotetores, também conhecidos por filtros solares, com fator de proteção 15 ou superior (SCHUCHTER, 2005; OTTO, 2005; ALMEIDA, 2006).

Os filtros solares são considerados produtos eficazes na proteção do câncer de pele, por bloquearem primariamente os raios ultravioletas (UV), que são considerados os agentes principais dos tumores cutâneos (SCHUCHTER, 2005).

Assim, a atuação do poder público, com ações que visem a prevenção do câncer de pele, são importantes e necessárias, para que haja uma maior conscientização da população sobre as consequências dessa espécie de neoplasia, e, para que também se proporcione a saúde e o bem-estar de todos. Portanto, é essencial a intervenção do Estado através das políticas públicas, em especial as voltadas à saúde, ressaltando, no presente estudo, a possibilidade de se incluir no rol das políticas públicas em saúde, o fornecimento do protetor solar como forma de prevenção e combate ao câncer de pele.

A possibilidade de inclusão do fornecimento do protetor solar no rol das políticas públicas em saúde de prevenção ao câncer de pele: o projeto de Lei 3.730/2004

Conceito e classificação de políticas públicas

Atualmente existem diferentes abordagens, teorizações, vertentes analíticas que procuram dar significação aos processos de formação e gestão das políticas públicas (TREVISAN; BELLEN, 2008).

Mas, para iniciar, podemos destacar como simples e breve conceito de políticas públicas, o conjunto de medidas praticadas pelo Estado para efetividade dos direitos fundamentais, ou seja, é a atuação do Estado na vida social. Hoje, vê-se como inegável o papel promocional do Estado na materialização de uma ordem social mais justa, já que encontramos políticas públicas nas áreas da saúde, educação, moradia, lazer, entre outras (FREIRE JUNIOR, 2005).

Nesse sentido, as políticas públicas estão ligadas com a utilização de instrumentos estatais de intervenção na economia e na vida privada, de acordo com as limitações impostas pela Constituição, com o objetivo de assegurar as condições necessárias para o desenvolvimento social, demandando de uma combinação entre vontade política e conhecimento técnico (APPIO, 2005). Ela também se vincula com a democracia e a cidadania, através dos espaços de participação na sua formulação e controle (RODRIGUES, 2010; GOHN, 2007; BONFANTE; VIEIRA, 2011)

As demandas por novas políticas públicas surgem pela existência de problemas advindos do conjunto de atores sociais que necessitam a inclusão deles na agenda governamental (MATTOS, 2007).

Foi o chamado Estado de Bem Estar Social (Welfare State) que representou um exemplo histórico de intervenção estatal pelas políticas públicas. Assim, é impossível deixar de reconhecer a presença do Estado na vida social (PAIM, 2002; DEMO, 2005).

A CRFB/88 adotou o princípio da participação popular na elaboração das políticas públicas de saúde, assistência social, educação, direitos da criança e do adolescente, com o intuito de possibilitar que a sociedade compartilhe com o Estado a definição de prioridades e a elaboração delas, exercendo assim a cidadania (MARTINS, 2008).

As políticas públicas voltadas para área da saúde devem ter como público alvo toda a população, independente da condição social, uma vez que a saúde é direito de todos, independente de classe, gênero, raça, etc. (COHN, 2008).

Dessa forma, surge um modelo descentralizado combinado com ordenação das redes de saúde, culminando com o surgimento do Sistema Único de Saúde, consagrado pela CRFB de 1988, que passaremos a estudar a seguir (WEICHERT, 2004).

O sistema único de saúde (SUS): conceito, características e políticas públicas para a saúde brasileira

A atenção em saúde no Brasil teve na CRFB/1988 um divisor de águas, tendo em vista romper com a concepção de seguro social de caráter contributivo e instituir a seguridade social, amparada no sentido na universalidade.

Esse sistema contributivo teve sua formação na Lei Eloy Chaves de 1923, nos IAPS e CAPS, na qualidade de institutos e caixas de aposentadorias e pensões de categorias profissionais (SCHWARTZ, 2001; COHN et al, 2010; PAIM, 2009). Entretanto, para os fins deste trabalho, não se pretende detalhar este processo histórico, mas partir dos fatos mais próximos ao surgimento do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, destaca-se que foi somente em 1975 que se institucionalizou oficialmente o Sistema Nacional de Saúde no Brasil, através da Lei nº 6.229/75, que conceituou o serviço público de saúde, como um complexo de serviços, seja do setor público ou privado, com suas ações voltadas ao interesse da saúde, estando organizado e disciplinado de acordo com a lei, e abrangendo

atividades que envolvessem a promoção, proteção e a recuperação da saúde (MERCADANTE *et al.*, 2002).

No início da década de 1980, com a crise econômica da época, houve movimentos cada vez mais fortes para contestar o sistema de saúde existente, que assegurava saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. A população começa a lutar pela democratização do país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; NATALINI, 2008).

A partir de 1983 foi se desenvolvendo um modelo de descentralização e ordenação das redes de saúde pública, onde através de convênios a União começou a repassar aos Estados e Municípios parcelas de suas atribuições. Posteriormente, em 1987, criou-se o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, que antecipou o advento do SUS consagrado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (WEICHERT, 2004). O ponto de referência para a criação do Sistema Único de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que pela primeira teve a participação da sociedade civil. Afirma-se que o texto referente à Saúde na CRFB/1988 saiu diretamente desta conferência (PAIM, 2008; GERSCHMAN, 2004).

A criação do SUS vinha vinculada à oferta de serviços de qualidade, adequados às necessidades da população, independente do poder aquisitivo de cada um, com o objetivo de promover a saúde, priorizando as ações preventivas, e a divulgação de informações relevantes à população, para que esta conheça seus direitos e riscos à saúde (MARTINS, 2008).

No mesmo sentido do texto constitucional, no ano de 1990 foram editadas duas leis ordinárias federais, que formaram normas gerais referente ao SUS. Estamos nos referindo a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei nº 8.142/90 (Lei da participação popular em saúde).

Assim, o Sistema Único de Saúde atua de maneira descentralizada, sendo de competência dos três entes federais (União, Estado e Município) a responsabilidade da prestação dos seus serviços, tendo como princípios basilares a universalidade, a igualdade, a gratuidade, a descentralização, a integralidade de assistência e a participação social. (MERCADANTE *et al.*, 2002; WEICHERT, 2004).

Os objetivos do SUS, estabelecidos na CRFB/88, são a redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde, como também o acesso universal e igualitário aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da

população. Já a lei nº 8.080/90 foi mais específica, colocando como objetivos a identificação e divulgação dos fatores que condicionam e determinam a saúde, a formulação de políticas de saúde para promover, na área econômica e social, a garantia da saúde pelo Estado; formulação e execução de políticas que visem a redução do riscos de doenças, além de estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços destinado à saúde, com a realização integrada das ações assistências e das atividades preventivas (AITH, 2007).

Dessa forma, não basta apenas assegurar acesso universal e igualitário, da população, aos serviços de saúde. O Estado deve formalizar práticas que estejam fortemente voltadas para alcançar respostas ao sofrimento das pessoas, ou então evitá-lo. Esse é o desafio de todas as políticas que se voltem especificamente para as práticas de transformação (MATTOS, 2009).

Políticas públicas para prevenção e combate do câncer de pele: o projeto de lei nº 3.730/2004

A cada ano que passa notamos a importância que existe na proteção e nos cuidados com a pele em relação à exposição solar. Sabemos que nem sempre o aspecto saudável que o bronzeamento proporciona é verdadeiro, pois das exposições solares podem surgir eritemas, edemas, dor, envelhecimento precoce e câncer de pele. Mas, esses riscos podem ser diminuídos tomando algumas medidas, como a utilização de chapéus, óculos escuros, evitar a exposição ao sol em horários inadequados, e principalmente, sempre se utilizar dos filtros solares (SOUZA, 2004).

A Sociedade Brasileira de Dermatologia realiza todos os anos campanhas voltadas à prevenção do câncer de pele, com o objetivo de conscientizar a população dos riscos que essa doença proporciona à saúde do indivíduo. É através da distribuição de folhetos, e informações prestadas por especialistas que se concretiza tal campanha (INCA, 2010a).

Pesquisas revelam que o uso de fotoprotetores, além de serem medidas de comportamento simples, revelam grande impacto na prevenção ao câncer de pele (GONTIJO; PUGLIESI; ARAÚJO, 2009).

“A necessidade da fotoproteção é uma realidade irrefutável, quer seja pela ação profilática e terapêutica contra o envelhecimento precoce, quer seja pela diminuição da incidência de câncer de pele” (BALOGH et al, 2011, p. 741).

Para estudos sobre a prevenção do câncer, temos também no Instituto Nacional do Câncer o “Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco”. É através desse programa, que o INCA aprimora juntamente com as Secretarias de Saúde “a capacidade local de análise das informações sobre a incidência e mortalidade por câncer visando ao conhecimento detalhado do quadro epidemiológico da doença no Brasil e de seus fatores de risco” (INCA, 2010b).

O Ministério da Saúde também, no ano de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Essa política pretende adequar a prevenção e o tratamento do câncer de acordo com as necessidades de cada região do País. Em específico ao câncer de pele, temos a colaboração de médicos e especialistas com ações educativas de prevenção, que são consideradas de grande importância, uma vez que alertam para os riscos da exposição aos raios ultravioletas de forma inadequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A estimativa que o Ministério da Saúde tem hoje, é que o Sistema Único de Saúde investe mais de R\$ 1 bilhão por ano com os tratamentos de pacientes com câncer, incluindo também o câncer de pele. Por isso que para o Ministério a promoção da saúde é uma das bases para reorganizar o atendimento à saúde da população. O que se pretende é dar condições para que todos tenham condições de vida mais saudáveis e por mais tempo, garantindo o acesso à informação, e que haja estímulos para mudança de hábitos (TEMPORÃO, 2008).

Temos, como perspectiva, para o Governo Federal, a possibilidade de formação de uma política pública nacional para prevenção do câncer de pele através do Projeto de Lei n. 3.730/2004 (BRASIL, 2011).

Mencionado projeto, foi apresentado à Câmara dos Deputados pelo Deputado Lobbe Neto, filiado ao partido do PSDB do Estado de São Paulo (BRASIL, 2011).

O projeto consiste na previsão de o Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS, distribuir gratuitamente à população, protetores solares com FPS 12 (BRASIL, 2011).

O fato de os protetores solares serem vendidos a preços altos, não sendo possível sua aquisição por grande parcela da população, é parte da justificativa para

propositura do projeto, uma vez que vivemos em uma sociedade desigual, e a maior parte atingida vem da classe dos trabalhadores rurais, carteiros e catadores (BRASIL, 2011).

Dessa forma, estaríamos diante de uma política pública prestada pelo Estado Brasileiro à toda a população, obedecendo aos princípios do SUS de universalidade e gratuidade, com a utilização de uma política de caráter preventivo, ou seja, é a distribuição do protetor solar de forma gratuita, visando um maior incentivo de se instaurar ações comportamentais por cada indivíduo, objetivando a prevenção de uma doença que vem crescendo a números alarmantes, que é o câncer de pele (BRASIL, 2011).

O projeto de Lei foi proposto no ano de 2004, teve algumas emendas ao texto original, mas ainda não teve sua votação encerrada na Câmara dos Deputados (BRASIL, 2011).

Por fim, cumpre ressaltar, que o projeto de Lei estabelece a distribuição do protetor solar com FPS 12, mas como já estudado, a recomendação dos especialistas é a utilização de um fotoprotetor com FPS 15 (CASTILHO; SOUSA; LEITE, 2010), no mínimo. Dessa forma, verificamos uma falha na propositura do projeto, mas que mesmo assim não deixa de representar um avanço na caminhada pela busca de ver os índices do câncer de pele baixarem a cada ano em nosso país.

CONCLUSÃO

A saúde, que teve sua conceituação definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, tem sua proteção ligada a garantia dos Direitos Humanos, e principalmente possui íntima ligação com a Dignidade da Pessoa Humana, que é um dos princípios que fundamenta a República Federativa do Brasil.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tivemos consagrados alguns direitos e garantias, considerados fundamentais, onde se pode verificar que a saúde inclui-se nesses direitos e garantias, sendo instituída pela CRFB/88 como um direito social, em que o Estado o aplicará através de suas políticas públicas.

Assim, deve o Estado intervir de forma a garantir esse direito não apenas com políticas de assistência médica, mas com políticas de prevenção e promoção da saúde da população.

Com o objetivo de estudar a prevenção do câncer de pele, pudemos perceber que trata-se de uma neoplasia séria, e que se não tratada de maneira adequada, possui consequências de grande proporção, podendo não causar apenas danos estéticos, mas sim danos profundos que colocam em risco a vida do paciente.

A utilização do protetor solar diariamente se mostra como uma medida eficaz para prevenção da doença, uma vez que trata-se de um composto que em contato com a pele forma uma camada protetora que absorve ou reflete os raios ultravioletas, impedindo assim a ação danosa deles sobre a pele.

Para tanto, verificou-se a importância das políticas públicas nessa área, objetivando a prevenção do câncer de pele.

Hoje, é através do Sistema Único de Saúde (SUS), que podemos notar as ações do Estado voltadas a finalidade de prevenção. Uma vez que, é o Instituto Nacional do Câncer e o próprio Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde de cada ente federativo os responsáveis pelas ações de maior importância no âmbito da prevenção do câncer de pele.

No intuito de se efetivar as ações preventivas no âmbito da saúde, a aprovação do projeto de Lei nº 3.730/2004, e sua execução através da rede do SUS, com a distribuição, de forma gratuita de protetores solares a toda população, pode, ao menos objetivar o controle nos índices de aumento do câncer de pele, e assim contribuir com a efetivação de um Direito Fundamental tão importante, como é a Saúde.

Por fim, frisar-se que além da distribuição do protetor solar, faz-se necessário, a orientação da população sobre a importância da sua utilização como forma de prevenção, bem como o seu uso correto.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALMEIDA, Augusto de. Melanoma cutâneo. In: LOPES, Antonio Carlos. **Diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2006, v.2. p. 535-541.

APPIO, Eduardo. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER. **Câncer de pele**. Disponível em <http://www.abcancer.org.br>, acesso em 08.03.2010.

AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1999.

BALOGH, Tatiana Santana et al. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. **An. Bras. Dermatol.** [online], Ago 2011, vol.86, no.4, p.732-742.

BECHELLI, Luís Marino; CURBAN, Guilherme V. **Compêndio de dermatologia**. São Paulo: Atheneu Editora, 1978.

BOBBIO, Norberto. . **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLSOVER, Steven R. **Biologia celular**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BONFANTE, Patrícia dos Santos; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Considerações sobre o regime jurídico dos conselhos gestores e de direitos no Brasil. In: CUSTÓDIO, André Viana; VIEIRA, Reginaldo de Souza (orgs.). **Estado, política e direito: políticas públicas e direitos sociais**. Criciúma: Editora UNESC, 2011, p. 127-152.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 3.730. 2004**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de distribuição gratuita de protetor solar, pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>>. Acesso em: 01.10.2011.

CASTILHO, Ivan Gagliardi; SOUSA, Maria Aparecida Alves; LEITE, Rubens Marcelo Souza. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, abr. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 11.10.2011.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et al.]. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 219-246.

_____ [et al.]. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COOPER, Geoffrey M.; HAUSMAN, Robert E. **A célula: uma abordagem molecular**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. 8.ed. São Paulo: Papyrus, 2005.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Verônica Trindade, et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FREIRE JUNIOR, Américo Bedê. **O controle judicial de políticas públicas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusiva: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GONTIJO, Gabriel Teixeira; PUGLIESI, Maria Cecília Carvalho; ARAÚJO, Fernanda Mendes. Fotoproteção. Belo Horizonte: **Revista Surgical and Cosmetic Dermatology**. Vol. 1, Nº4, 2009. Disponível em: <<http://www.surgicalcosmetic.org.br/public/artigo.aspx?id=41>>. Acesso em: 25.05.2010.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. **Dos direitos humanos aos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

HABIF, Thomas P. **Doenças da pele: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 16.05.2010a.

_____. **Vigilância do Câncer e de Fatores de Risco**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/vigilancia>>. Acesso em: 09.06.2010b.

MARSILLAC, Jayme Brandão; ROCHA, Antonio Fernando Gonçalves da. **Cancerologia: conceitos atuais**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1980.

MARTINS, Wal. . **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2007. p. 47-61.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Botucatu, SP: **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Vol13. Supl.1. Ano 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25.05.2010.

MELLO, Maria Luiza S. Aspectos gerais de estrutura celular. In: CARVALHO, Hernandes F.; RECCO-PIMENTEL, Shirlei M. **A célula**. São Paulo: Manole, 2007. p. 01-06.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Oncológica propõe reorganizar prevenção e tratamento, da atenção básica aos serviços de alta complexidade**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10.06.2010a.

NATALINI, Gilberto. Princípios básicos do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 161-164.

OMENN, Gilbert S. Prevenção do câncer. In: CECIL, Russell L.; GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, D. A. **Cecil: tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v. p. 1445-1451.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde: Política e Reforma Sanitária**. Salvador, BA: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

SAMPAIO, Sebastião A. P.; RIVITTI, Evandro A. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

SCWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHUCHTER, Lynn. Melanoma e tumores cutâneos não-melanomas. In: CECIL, Russell L.; GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, D. A. **Cecil: tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v. p. 1445-1451.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **O câncer de pele**. Disponível em <<http://www.sbd.org.br>>. Acesso em: 08.03.2010.

SOUZA, Valéria de. **Ativos Dermatológicos**, volume 1: guia de ativos dermatológicos utilizados na farmácia de manipulação, para médicos e farmacêuticos. São Paulo: Tecnopress, 2004.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 6. ed., rev. e atual São Paulo: Saraiva, 2008.

TEMPORÃO, José Gomes. Políticas para a vida saudável. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde, Brasil: para uma vida longa e sempre saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Set./2008. Edição n.148. ISSN 1678-8494. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10.06.2010.

TREVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael Van. **Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção**. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, maio/jun. 2008, ISSN 0034-7612, p. 531-550. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25.05.2010.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2004.

O FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS PELO ESTADO: UM ESTUDO DO DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE, PELA ANÁLISE DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA QUE PLEITEIA ANÁLOGOS DE INSULINA X AÇÕES INDIVIDUAIS QUE REQUEREM O MESMO MEDICAMENTO

Fernando Augusto do Livramento

Bacharel em Direito pela UNESC- Universidade do Extremo Sul Catarinense. Pesquisador do NUPEC – Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Cidadania do curso de Direito da UNESC. email: ferlive@brturbo.com.br.

Sheila Martignago Saleh

Professora do curso de direito da UNESC-Universidade do Extremo Sul Catarinense e pesquisadora do NUPEC- Núcleo de Pesquisas em Direitos Humanos e Cidadania da UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Mestre em Fundamentos do Direito Positivo pela UNIVALI- Universidade do Vale do Itajaí-SC. Email: sheilamsaleh@hotmail.com.

RESUMO

O direito a saúde é decorrente do direito fundamental à vida; vindo a se firmar na figura dos direitos humanos, direitos fundamentais e também os direitos sociais. Frente à possibilidade de se formular e executar políticas públicas de saúde, a CRFB atribuiu competência comum à União, Estados e Municípios. A presente pesquisa justifica-se pela crescente demanda judicial para fornecimento de medicamentos pelo Estado. Tem como objetivo geral o estudo do direito fundamental à saúde pela análise do indeferimento do pedido dos Análogos de Insulina (Glargina e Humalog) em Ação Civil Pública, promovida pelo Ministério Público Federal de Criciúma junto a Justiça Federal de Criciúma no ano de 2010, frente ao deferimento do mesmo pedido promovido em ações individuais por advogados ou pelo próprio Ministério Público Federal. O resultado final da pesquisa demonstra que o mesmo pedido, atendendo os mesmos requisitos, é indeferido na Ação Civil Pública e deferido nas ações individuais, não apresentando nas decisões dos magistrados coerência em suas decisões. Para tanto utilizou-se o método indutivo com aplicação de pesquisa de campo qualitativa, além de pesquisa bibliográfica e documental-legal.

Palavras-chave: Direito; Saúde; Medicamentos.

ABSTRACT

The right to health is due to the fundamental right to life, coming to take hold in the figure of human rights, fundamental rights and also social rights. Given the possibility of formulating and implementing public health policies, the common competence CRFB attributed to the Union, states and municipalities. This research is justified by the growing demand for legal drug supply in the state. Its overall objective of the study of the fundamental right to health by analyzing the rejection of the application of insulin analogues (Glargine and Humalog) in Public Civil Action, sponsored by federal prosecutors in Cricklewood with the Federal Court in Crickhowell, year 2010, compared to the same approval application in individual stocks promoted by lawyers or by the federal prosecutors. The end result of research demonstrates that the same application, meeting the same requirements, is dismissed in the Public Civil Action and granted in individual stocks, showing no consistency in the decisions of judges in

its despatch. For this we used the inductive method with application of field research quantitative and qualitative, as well as bibliographic and documentary-legal.

Keywords: Law; Health; Drug.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado de pesquisa realizada na Justiça Federal de Criciúma-SC, no ano de 2010, com o objetivo de analisar decisões de pedidos liminares em ações individuais que pleitearam análogos de insulina para pessoas portadoras de diabetes melitus tipo I, principalmente em ação coletiva aforada pelo Ministério Público Federal

A pesquisa justifica-se pela crescente demanda judicial para fornecimento de medicamentos pelo Estado.

Com o fim de cumprir o objetivo traçado, num primeiro momento, far-se-á uma breve consideração a respeito do direito à saúde como direito fundamental, a seguir, passa-se ao Sistema Único de Saúde, para depois tratar da judicialização do acesso ao direito à saúde, incluindo uma explanação da teoria da reserva do possível.

Num segundo momento, passa-se a explicar o diabetes, tipos, sintomas, medicamentos, chegando-se aos tipos de insulinas existentes à disposição dos portadores dessa doença.

Ao final, passa-se à análise das decisões encontradas na Justiça Federal de Criciúma-SC, no ano de 2010.

A Saúde como Direito Fundamental na CRFB/88

O reconhecimento da saúde como direito fundamental está cristalizado no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil.

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 2006, p.13)

Reconhece-se a saúde como um direito social e espera-se do Estado sua prestação positiva, como garantia de sua pela eficácia.

Na CRFB os direitos sociais se localizam no Capítulo II, Título II. Os direitos sociais, como a saúde (por ex), estão sob o amparo dos direitos fundamentais, pois aqueles se inserem nestes e possuem o mesmo caráter afirmativo e de garantia. Assim, não se pode negar que a recepção constitucional destinada aos direitos sociais possui morada no Título II, inserida na lista dos direitos fundamentais, cfe o entendimento de Figueiredo:

Os direitos sociais respondem pelo fornecimento dos recursos fáticos indispensáveis ao efetivo exercício das liberdades e dos demais direitos fundamentais, buscando assegurar a liberdade efetiva pela igualdade material. Os direitos sociais são tão fundamentais quanto os demais “direitos e garantias” reconhecidos constitucionalmente. (FIGUEIREDO, 2007, p. 64).

Espera-se do Estado ações positivas numa aplicação aos direitos fundamentais, entendidas como prestações de ações públicas, que busquem a efetivação desses direitos sociais, em especial a saúde do cidadão.

O modo atual de atuação estatal não está em harmonia com a real necessidade e muito menos com uma minuciosa interpretação da Constituição Federal dentro da doutrina atual, levando em conta a afirmação que o direito à saúde é um direito fundamental constitucional.

A defesa de um Estado Democrático de Direito perpassa pelo respeito ao ordenamento constitucional, no sentido de reconhecer cogência, ou aplicação imediata e com isso plena eficácia aos direitos sociais. Atesta o constitucionalista Paulo Bonavides:

A nova Hermenêutica constitucional se desataria de seus vínculos com os fundamentos e princípios do Estado Democrático de Direito se os relegasse ao território das chamadas normas programáticas, recusando-lhes concretude negativa sem a qual, ilusória a dignidade da pessoa humana não passaria também de mera abstração. (BONAVIDES, 2006, p. 472).

Incluso pelo legislador constituinte, estampado em nossa Constituição Federal, está o artigo 196, que trata a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2006. p.125).

Na esteira da concretização do direito à saúde e sua efetivação como direito fundamental normatizado, hodiernamente observa-se a cumplicidade faltosa do empenho político para esculpir essa essencial garantia. Não obstante, positivadas estão a competência e responsabilidades de cada ente estatal:

É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, conforme o artigo 23, inciso II, da Constituição Federal de 1988. Ao Poder Público incumbe o fornecimento gratuito (a gratuidade passou a ser preceito Constitucional a partir do Sistema Único de Saúde) àqueles que necessitarem de medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (FIGUEIREDO, 2007, p. 61).

A inoperância estatal no que pertine às prestações relativas aos direitos sociais, mais especificamente à saúde, revela uma infração grave do Estado ao infringir preceito Constitucional, principalmente, porque põe em risco o maior de nossos bens: “a vida”.

O Sistema Único de Saúde

Pela lei 8.080 de 199, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, para que o Estado pudesse externalizar o seu dever para com o cidadão, em sua obrigação prestacional com a saúde, visando diretamente a promoção e efetivação de tal direito. O atendimento tem como principal característica a sua gratuidade, ficando o Estado obrigado a promover a saúde individual ou coletiva de forma gratuita.

São políticas públicas junto ao tema saúde no Brasil que norteiam a atuação do SUS. No intuito de conceituar corretamente o instituto das políticas públicas, buscamos uma definição junto ao professor e magistrado Sarlet:

Como ação estratégica (de instituições ou pessoas de direito público) que visa a atingir fins previamente determinados por finalidades, objetivos e princípios de natureza pública. Tal ação, inexoravelmente, vem marcada por altos níveis de racionalidade programática, caracterizada por medidas organizacionais e de planejamento. (SARLET. 2005 p. 161.).

O SUS é assim definido pelo Ministério da Saúde:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros. (Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395 – Acessado em: 10 de março de 2010.)

O Sistema Único de Saúde; uma Autarquia Federal colocada a serviço do cidadão, para concretizar o direito à saúde no Brasil, não é competente o suficiente para suprir a demanda necessária que a saúde dispensa; pois a precariedade que o cidadão encontra junto a esse órgão, demonstra que a demanda é maior do que o SUS é capaz de suportar. No entanto, o SUS fornece uma base, mesmo que mínima, para a concretização do acesso a saúde no país.

Contudo a criação do SUS foi um grande salto para a efetivação do acesso imediato à saúde; embora deficitário e limitado. Nessa atual conjuntura estatal obriga a se manifestar o Poder Judiciário, com sua intervenção na tentativa de sanar certas falhas e omissões apresentadas pelo Sistema Único de Saúde; quando administrativamente o cidadão busca o seu direito, mas não recebe.

O Acesso à Saúde pela Via Judicial

Emerge do embate entre direitos constitucionalmente assegurados como: direito à vida e à saúde e as atuais políticas públicas e falta de recursos a elas destinadas pelo Estado, a intervenção do Poder Judiciário.

Os tribunais Pátrios assumem uma pacífica posição de que é dever do Estado o fornecimento de tratamentos, medicamentos e atendimento, para uma efetiva aplicação do direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana, constitucionalmente assegurados.

Sólida também é a posição de que são solidários e responsáveis pelo acesso à saúde a União, os Estados e os Municípios:

Não poderá qualquer ente da federação eximir-se da responsabilidade de assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à

medicação ou congêneres necessário à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo as mais graves, alegando ser responsabilidade de outro ente federado, ou ainda, de que este atendimento está vinculado a previsão orçamentária, pois o SUS é composto pela União, Estados-membros e Municípios. (MARTINS, 2008, p. 65).

Algumas vezes já se cogitou que a intervenção do Judiciário violaria o princípio da Separação dos Poderes. No entanto, essa tese não vigorou, já que o Poder Judiciário não intervém na política da administração pública; apenas confere ao cidadão um direito que já lhe é concedido pela Constituição, fazendo uso do chamado “sistema de freios e contrapesos”. Assim nos traz Moraes:

A constituição, ao determinar que o Legislativo, o Executivo e o Judiciário são Poderes da República, independentes e harmônicos, adotou a doutrina constitucional norte-americana do check and balances, pois ao mesmo tempo em que previu diversas e diferentes funções estatais para cada um dos Poderes, garantindo-lhes prerrogativas para o bom exercício delas, estabeleceu um sistema complexo de freios e contrapesos para harmonizá-los em prol da sociedade. (MORAES, 2003, p. 187).

A hipossuficiência é a maior motivadora das demandas protocoladas junto ao Poder Judiciário. Porém essa não pode ser a condição imprescindível para buscar o acesso a saúde pela via judicial; já que a todo cidadão é assegurado de uma maneira uniforme, igualitária e universal o direito a saúde, dever do Estado sem distinção entre as pessoas.

O princípio da igualdade não determina o mesmo tratamento ou benefício a todos, mas assegura apenas que, no processo de formação da vontade política e não concessão de benefícios ou imposição de sacrifícios por parte do Estado, os indivíduos sejam tratados com igual preocupação e respeito. (FIGUEIREDO, 2007, p. 165)

O chamado “direito líquido e certo” tem que ser provado de antemão num mandado de segurança, para a defesa de certos atos praticados com abuso de poder. Assim, deve trazer prova robusta, para que o julgador se mostre convencido da necessidade ora pleiteada. Esse é o chamado remédio constitucional, uma das vias judiciais de que dispõe o cidadão para assegurar o seu acesso à saúde:

O mandado de segurança é conferido aos indivíduos para que eles se defendam de atos ilegais ou praticados com abuso de poder, constituindo-se verdadeiro instrumento de liberdade civil e liberdade política. Desta forma, importante ressaltar que o mandado de segurança caberá contra os atos discricionários e os atos vinculados, pois nos primeiros, apesar de não se poder examinar o mérito do ato, deve-se verificar se ocorreram os

pressupostos autorizadores de sua edição e, nos últimos, as hipóteses vinculadoras da expedição do ato. (MORAES, 2003, p. 163).

Evitar a via judicial seria o ideal. Pois nem sempre por esta via está assegurada a igualdade plena dos cidadãos. Para tanto, faz-se necessária uma ampla e imediata atenção do Estado no que se refere às políticas públicas voltadas à saúde, colocando em primeiro plano o cidadão brasileiro e a dignidade da pessoa humana.

A Judicialização dos Direitos Fundamentais

Vem crescendo de uma forma vertiginosa, dentro do Poder Judiciário brasileiro, o número de demandas que trazem como objeto o pedido de acesso à saúde; seja por medicamentos, tratamentos ou insumos dos mais diversos. Tem-se de um lado o cidadão e de outro o Estado.

Muitas decisões, lastreadas nas normas constitucionais, que asseguram o acesso a saúde de uma forma integral, concedem aqueles que recorrem ao Judiciário, a tutela pretendida. Este procedimento do Judiciário recebeu o nome de “Judicialização da política de saúde”. Esta Judicialização vem garantindo o acesso aqueles procedimentos e insumos que constam nos protocolos do SUS, como também aqueles que ficam fora da relação de procedimento e de medicamentos, dispensados pelo SUS.

O não cumprimento pelo administrador público, das políticas públicas sociais, tem criado a necessidade da judicialização da exigência dos direitos fundamentais. A este clamor da sociedade, tem o poder judiciário o dever de adequar, pois não se admite o menosprezo aos direitos constitucionais. (PIOVESAN; IKAWA, 2007, pag. 638).

Não se pode olvidar que os custos com a saúde são de grande monta, fato que traz uma limitação para a introdução de certos critérios de racionalização para uma prestação coletiva. Assim, o Estado depende de dotações orçamentárias pré-estabelecidas, todas derivadas dos recursos públicos:

O financiamento do setor público de saúde no Brasil, em sua maior parte, advém dos recursos públicos. É composto por receitas provenientes de impostos e contribuições sociais. O impacto da economia no financiamento do setor sofre influencia tanto da estrutura como das decisões orçamentárias. (MARTINS, 2008, p. 92)

Destarte, o Poder Judiciário enfrenta em seu cotidiano um dilema ainda maior: diante das leis que protegem o acesso à saúde do cidadão está a situação de um Estado que se vê engessado por orçamentos. Assim, os Juízes se vêem obrigados a reconhecer em suas sentenças as políticas públicas que já estão fundadas e disponíveis, porém sem pôr em risco a vida do cidadão autor lide, já que o próprio curso moroso de um processo judicial também é uma afronta a uma prestação imediata, eficaz e com a necessária urgência.

Os benefícios perseguidos pela população como a saúde, educação, saneamento básico, dentre outros, colocam o cidadão em litigância com a Administração Pública, responsável pela implementação dos direitos fundamentais através de políticas públicas; deve estar o Poder Judiciário, a fim de assegurar a cada um aquilo que a constituição da República previamente já conferiu. (PIOVESAN; IKAWA, 2007. pag. 631).

O Estado e a Reserva do Possível

O Estado buscou uma solução para argumentar nas demandas cujos pedidos são direitos constitucionais sociais: a chamada “reserva do possível”. Referida teoria atrela a concretização de tais direitos à dotação orçamentária de cada Estado.

O Estado, por meio de seu orçamento-programa, delinea sua política para os vários âmbitos sociais, estabelecendo suas despesas e para posteriormente custeá-las, prevendo suas fontes para arrecadar seu aporte financeiro. Então o Executivo traça as políticas públicas a serem efetivadas com o competente aval do Legislativo, contudo, não de forma exclusiva, visto que o sistema orçamentário é complexo. Assim temos:

Os órgãos do Poder Executivo e demais Poderes enviam suas propostas para o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Secretaria de Orçamento Federal, órgão central do sistema orçamentário, que analisa e consolida as propostas orçamentárias. É nesse momento que o órgão central realiza os ajustes, que são negociados com os órgãos setoriais do Poder Executivo, decorrentes de revisão das estimativas de receitas e fixação das despesas...O processo legislativo tem início com a apreciação dos projetos de lei relativos ao orçamento anual pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do Regimento Comum. (PISCITELLI, 2004, p. 44.).

A posição clara a que se filia Sarlet respeita um mínimo existencial, pois:

Com efeito, quanto mais diminuta a disponibilidade de recursos, mais se impõe uma deliberação responsável a respeito de sua destinação, o que nos remete diretamente à necessidade de buscarmos o aprimoramento dos mecanismos de gestão democrática do orçamento público, além de uma crescente conscientização por parte dos órgãos do Poder Judiciário, que não apenas podem como devem zelar pela efetivação dos direitos fundamentais sociais, mas ao fazê-lo haverão de obrar com a máxima cautela e responsabilidade, seja ao concederem, ou não, um direito subjetivo a determinada prestação social, seja quando declararem a inconstitucionalidade de alguma medida restritiva e/ou retrocessiva de algum direito social. Neste sentido (e desde que assegurada atuação dos órgãos jurisdicionais, quando e na medida do necessário) efetivamente há que dar razão a Holmes e Sunstein quando afirmam que levar direitos a sério (especialmente pelo prisma da eficácia e efetividade) é levar a sério o problema da escassez. (SARLET, 2004, p 349)

É, pois, dever do magistrado atentar às limitações não só jurídicas, como também as fáticas, à realização dos direitos de proteção do indivíduo frente ao Estado, e ponderar a dignidade humana dentro da garantia ao mínimo existencial e as políticas públicas traçadas pela coletividade.

Por outra, los deberes de protección tienen el carácter de principios, es decir, exigen una protección lo más amplia posible con relación a las posibilidades fáticas y jurídicas, lo que significa que pueden entrar en colisión con otros principios. (ALEXY, 1993, p. 448).

A palavra “orçamento”, doutrinariamente falando, é uma figura não só de natureza contábil, mas de dimensão legal e de assento constitucional, como nos leciona Piscitelli:

A ação planejada do Estado quer na manutenção de suas atividades, quer na execução de seus projetos, materializa-se através do orçamento público, que é o instrumento de que dispõe o Poder Público (em qualquer de suas esferas) para expressar, em determinado período, seu programa de atuação, discriminando a origem e o montante dos recursos a serem obtidos, bem como a natureza e o montante dos dispêndios a serem efetuados. (PISCITELLI, 2004, p 42.).

Frente a seu orçamento, o Estado não deve destinar nem fixar qualquer percentual fixo a uma determinada despesa, já que tal atitude engessaria o Poder Executivo na sua função administrativa. Exceções à regra são dadas pelo Texto Maior, no tocante aos gastos em educação e saúde:

A efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais não depende apenas da aplicação das normas constitucionais concernentes à organização econômica. Depende, também, e, sobretudo, dos próprios fatores econômicos, assim como – o que nem sempre é suficientemente

tido em conta – dos condicionalismos institucionais, do modo de organização e funcionamento da Administração pública e dos recursos financeiros. (MIRANDA, 1998, p 348).

O Poder Judiciário não tem se curvado diante do esquivo Estatal, que fica à sombra da reserva do possível para se eximir da obrigação prestacional, em concretizar direitos sociais como a saúde.

O Diabetes

Para uma segura afirmação acerca do conceito, complicações e medicamentos, dentre outros, sobre a diabetes buscou-se fontes seguras como os sites: <http://www.diabetes.org.br> e <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>, do Ministério da Saúde.

O diabetes é uma síndrome causada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, resultante de alteração na função secretora do pâncreas ou de resistência à ação da insulina nos tecidos alvos. De acordo com a classificação etiológica, o diabetes está dividido em tipo 1 (anteriormente conhecido como diabetes insulino-dependente) e tipo 2 (anteriormente conhecido como diabetes não insulino-dependente).

A insulina é hormônio produzido pelo corpo através do pâncreas, substância responsável pela quebra da glicose, promovendo a sua absorção pelas células, sendo assim, dizemos que a insulina proporciona a redução da glicemia, que é a taxa de glicose no sangue.

Diabetes Tipo 1

O diabetes Tipo 1 (DM1) é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina. Isso acontece por engano porque o organismo as identifica como corpos estranhos. A sua ação é uma resposta auto-imune. Este tipo de reação também ocorre em outras doenças, como esclerose múltipla, Lupus e doenças da tireóide.

A DM1 surge quando o organismo deixa de produzir insulina (ou produz apenas uma quantidade muito pequena. Quando isso acontece, é preciso tomar insulina para viver e se manter saudável. As pessoas precisam de injeções diárias

de insulina para regularizar o metabolismo do açúcar. Pois, sem insulina, a glicose não consegue chegar até às células, que precisam dela para queimar e transformá-la em energia. As altas taxas de glicose acumulada no sangue, com o passar do tempo, podem afetar os olhos, rins, nervos ou coração.

Não se sabe ao certo por que as pessoas desenvolvem o DM1. Sabe-se que há casos em que algumas pessoas nascem com genes que as predisõem à doença. Mas outras têm os mesmos genes e não possuem diabetes. Pode ser algo próprio do organismo, ou uma causa externa, como por exemplo, uma perda emocional. Ou também alguma agressão por determinados tipos de vírus como o coxaquie. Outro dado é que, no geral, é mais freqüente em pessoas com menos de 35 anos, mas vale lembrar que ela pode surgir em qualquer idade.

Pessoas com níveis altos ou mal controlados de glicose no sangue podem apresentar: vontade de urinar diversas vezes; fome freqüente; sede constante; perda de peso; fraqueza; fadiga; nervosismo; mudanças de humor; náusea; vômito.

O tratamento do diabetes tipo 1, na maioria dos casos, consiste na aplicação diária de insulina, dieta e exercícios, uma vez que o organismo não produz mais o hormônio. A quantidade de insulina necessária dependerá do nível glicêmico. Naturalmente, a alimentação também é muito importante, pois ela contribui para a determinação dos níveis glicêmicos. Os exercícios físicos baixam os níveis, diminuindo, assim, a necessidade de insulina.

Diabetes Tipo 2

Sabe-se que o diabetes do tipo 2 possui um fator hereditário maior do que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos portadores da doença sejam obesos. A incidência é maior após os 40 anos.

Uma de suas peculiaridades é a contínua produção de insulina pelo pâncreas. O problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas. Por muitas razões, suas células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sangüínea. Esta é uma anomalia chamada de "resistência Insulínica".

O diabetes tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1 e pode responder ao tratamento com dieta e exercício físico. Outras vezes vai necessitar de medicamentos orais e, por fim, a combinação destes com a insulina.

Os tipos de Insulinas

A insulina é uma pequena molécula equivalente à proteína secretada pelas células beta no pâncreas. Suas maiores funções são fazer com que os músculos e células gordurosas absorvam a glicose e fazer com que o fígado fabrique menos glicose.

Existem diferentes tipos de insulina, todos com características diferentes as mais comuns são as insulinas: NPH, Humana Regular, Lantus e Humalog.

Ao determinar a melhor insulina, há três características importantes a serem compreendidas e consideradas. A primeira é o tempo de ação da insulina. É o tempo que leva para a insulina chegar à corrente sanguínea e começar a diminuir seu nível de glicose. A segunda é o pico da insulina. É a hora em que a insulina está no seu ponto máximo em termos de redução do nível de glicose. A terceira característica da insulina é sua duração. É o tempo que a insulina permanece no corpo, continuando a trabalhar e diminuir seus níveis de glicose.

- a) Insulina Regular: também conhecida como insulina cristalina; apresenta as seguintes características:
 - Pico máximo: 2 a 4 horas;
 - Duração: 6 a 8 horas;
- b) Insulina NPH: também conhecida como lenta; apresenta as seguintes características:
 - Início de ação: 1 a 2 horas após a aplicação;
 - Pico máximo: 8 a 12 horas; § Duração: 22 a 28 horas;
 - Usada geralmente em combinação com a insulina lispro ou de ação regular;
- c) Insulina Glargina: comercialmente conhecida como Lantus, é um análogo da insulina basal utilizada uma vez ao dia com um tempo de ação de 24h que provê controle glicêmico efetivo com reduzido risco de hipoglicemia. As principais características da insulina glargina (Lantus) são as seguintes:

- Perfil de atuação de 24h
- Regular
- Sem picos de ação, imitando a secreção basal da insulina natural do pâncreas de uma pessoa sem diabetes.
- Devido a seu tipo de ação, a glargina apresenta menos episódios de hipoglicemias do que a insulina NPH.
- Uma aplicação diária, melhorando a adesão do paciente.

d) Insulina Lispro: é um análogo da insulina humana derivada de ADN recombinante, uma droga de ação rápida na redução da glicose no sangue. Uma unidade de insulina lispro tem o mesmo efeito de diminuir a taxa de glicose do que uma unidade de insulina regular humana, mas o efeito da insulina lispro é mais rápido e mais curto. O início mais rápido da atividade da insulina lispro, aproximadamente 15 minutos após a sua administração, está relacionado diretamente com a velocidade de absorção mais rápida. Isso permite que a insulina lispro seja administrada mais próxima a uma refeição (até 15 minutos antes) quando comparada com a insulina regular (30 a 45 minutos antes).

Em casos especiais, a insulina lispro pode ser administrada imediatamente após a refeição. A insulina lispro exerce seu efeito rapidamente, com uma duração mais curta de sua atividade, até 5 horas.

A velocidade de absorção da insulina lispro e conseqüentemente, o início de sua atividade, podem ser afetados pelo local de injeção e outras variáveis.

O início mais rápido da ação de HUMALOG e sua duração de ação mais curta comparados à insulina humana regular são mantidos em pacientes com insuficiência renal ou hepática.

A posição do Estado e o fornecimento da Insulina

Tomando como fonte de pesquisa a Ação Civil Pública nº 5001439-79.2010.404.7204 ajuizada pelo Procurador da República Dr. Darlan Airton Dias na Justiça Federal em Criciúma-SC no ano de 2010, tem-se que, à luz das evidências científicas mais atuais, o Ministério da Saúde adotou como padrão de tratamento do Diabetes Mellitus, medicamentos considerados essenciais, preconizados pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Os análogos de insulina pleiteados (glargina, levemir, aspart e lispro) pelos portadores do diabetes, não estão padronizados no Programa do Ministério da Saúde.

Como alternativa terapêutica, as Unidades Locais de Saúde Municipais (postos de saúde) disponibilizam a Insulina NPH e a Insulina Humana Regular 100 UI, conforme a mencionada Portaria Ministerial n. 2.583/2007 e a Portaria nº 3.237/2007, que fixam normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde.

Nestes termos, a insulina regular é importante para um controle mais rápido da glicemia. Quando associada a uma insulina de ação intermediária, como a NPH, compõe um esquema de administração ambulatorial que mimetiza a secreção hormonal diária normal. Associada a hábitos de vida saudáveis e a uma educação do indivíduo sobre o que representa a doença, essa combinação insulínica permite a prevenção de sintomas agudos e crônicos do diabetes, com a melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Estudos comparando a utilização dos análogos de insulina pleiteados com as insulinas padronizadas NPH e regular, no tratamento do diabetes mellitus tipo 1, concluíram que não existem vantagens significativas no controle da glicemia. Outrossim, o custo dos análogos é muitas vezes superior.

Nessa esteira, a não padronização das insulinas análogas nos elencos de medicamentos do SUS para dispensação regular, nesse momento, se dá em função dos critérios técnico-científicos.

As evidências disponíveis não permitem identificar vantagens significativas em relação à utilização dos diferentes tipos de insulinas, considerando eficácia, segurança e comodidade. Diante do exposto, as insulinas fornecidas pelo Ministério da Saúde (regular e a NPH) podem suprir as necessidades dos pacientes insulino-dependentes, desde que administradas corretamente.

Outrossim, necessário se faz evidenciar que não se está tratando de novos fármacos inovadores e que promoveriam uma melhora significativa na vida dos pacientes, com maior sobrevida com qualidade.

Havendo toda uma política pública voltada ao tratamento e controle eficaz e seguro da doença em tela, inexistente omissão estatal quanto à doença em comento, não podendo o Poder Judiciário se imiscuir na tarefa típica do Executivo, em

especial do Gestor de Saúde (que administra orçamento finito e previsto em lei) substituindo os programas públicos já existentes.

Dentre o grande numero de ações individuais que tramitam na Justiça Federal de Criciúma que buscam medicamentos, no ano de 2010, cerca de 25% pleiteiam os Análogos de Insulina. Dessas ações individuais 94% tiveram seu pedido liminar deferido e 6% indeferido. A pesquisa observou que esse percentual de indeferimento teve dois motivos básicos: 1) indeferidos sob a rubrica de um único magistrado que pessoalmente discorda de tal direito e 2) a má instrução do processo.

O Ministério Público Federal também promoveu ações individuais encaixando-se nos percentuais acima e obteve sucesso, tendo as liminares deferidas para o pronto fornecimento dos Análogos de Insulina. Porém diante do grande numero de ações individuais, propôs uma Ação Civil Pública pleiteando o mesmo que se buscava nas ações individuais: implementar o protocolo clínico aos Análogos de Insulina garantido que toda coletividade portadora do diabetes tivesse o acesso a esse medicamento, ou seja, que todos os portadores de diabetes tipo 1 tivesse acesso ao medicamento sem precisar ajuizar individualmente. Mas na Ação Civil Pública o pedido de liminar foi indeferido pelo magistrado

O magistrado que indeferiu o pedido de liminar na Ação Civil Pública por diversas vezes decidiu como seus colegas por deferir o pedido de liminar nas ações individuais, mostrando uma absurda discrepância diante do indeferimento da Ação Civil Pública e do deferimento nas ações individuais, comungando as decisões, e porque não dizer: decisões padronizadas ou idênticas.

Diante da falta de coerência, ou seja, da diferença entre as decisões onde um diz “sim” e o outro diz “não” para o mesmo pedido, nos parece que existe uma resistência, uma preocupação excessiva em onerar o Estado, ou até um certo receio em enfrentar o Estado junto à necessidade do medicamento suplicado pelos portadores do diabetes.

Tal fato despertou a curiosidade do pesquisador, que resultou na elaboração dos quadros comparativos a seguir:

- a) Quadro comparativo entre os pontos que nortearam o pedido liminar na ACP e os argumentos do magistrado em negar a liminar na ACP

- b) Quadro comparativo entre as razões de decidir entre as decisões que deferiram os pedidos liminares e as que indeferiram os pedidos liminares nas ações individuais

PRINCIPAIS PONTOS DO PEDIDO DE LIMINAR NA ACP	ARGUMENTOS DO MAGISTRADO PARA INDEFERIR PEDIDO DE LIMINAR NA ACP
<ul style="list-style-type: none"> a) Objetivo de implementar protocolo clínico aos Análogos de Insulina. b) Pedido dos Análogos de Insulina junto a secretária de saúde foi infrutífero. c) Parecer do médico endocrinologista Dr. Genoir Simoni, presidente da Associação Catarinense de Medicina favorável à implementação do protocolo aos Análogos de Insulina. d) Ineficácia da insulina NPH, por não controlar todos os casos do diabetes. e) Fornecimento pelo SUS não será de forma indiscriminada, mas com preenchimento de requisitos técnicos f) O SUS já fornece os Análogos de Insulina nos estados do PR, MG e DF. g) Protocolo clínico a ser implantado em SC, se assemelha ao que foi implantado no PR, MG e DF. h) Determinar ao Estado que implante o protocolo clínico aos Análogos de Insulina pela Federação Catarinense de Medicina. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Necessidade de mostrar “para que” e “para quem” dever ser fornecido os Análogos de Insulina. b) Existem vários meios para o controle do diabetes. c) O meio escolhido pode não ser o meio mais eficaz para o tratamento. d) Se existem dois meios de combater a doença, o Estado deve escolher o de menor custo. e) Recursos escassos do Estado para atender as necessidades individuais. f) Se aplicar os insuficientes do Estado nessa necessidade individual como ficam as outras obrigações Estatais. g) É necessário demonstrar: <ul style="list-style-type: none"> 1. que o medicamento é adequado a doença. 2. que o paciente buscou o tratamento na rede pública. 3. que o medicamento disponibilizado na rede pública é inadequado ao tratamento requisitado. 4. que o medicamento pleiteado é adequado a moléstia. h) Existe um programa de educação especial para os diabéticos. i) Os Análogos de Insulina não estão padronizados em nenhum programa de saúde do Ministério da Saúde. j) Os Análogos de Insulina não tem vantagens evidentes sobre a insulina NHP fornecida pelo Estado. k) Falta de subsidio científico. l) Ônus financeiro alto para o Estado
ARGUMENTOS DAS DECISÕES QUE DEFERIRAM DEFERINDO OS PEDIDOS DE LIMINAR NAS AÇÕES INDIVIDUAIS	ARGUMENTOS DAS DECISÕES QUE INDEFERIRAM OS PEDIDOS DE LIMINAR NAS AÇÕES INDIVIDUAIS
a) É obrigação do Estado, garantir a saúde como um direito subjetivo.	a) Cobertura a um pequeno número de pessoas que constitui uma

<ul style="list-style-type: none"> b) O precedente não deixa dúvida acerca do direito subjetivo. c) É direito do cidadão exigir do Estado o direito à saúde consagrado no artigo 196, da Constituição Federal. d) Foi demonstrado que: <ul style="list-style-type: none"> 1. O medicamento é adequado à doença. 2. O paciente buscou o tratamento na rede pública e não obteve. 3. O medicamento disponibilizado na rede pública é inadequado ao tratamento requisitado. 4. O medicamento pleiteado é adequado a moléstia. e) Declaração médica informa a necessidade do medicamento para o tratamento da doença. f) O Receituário médico prescreve a insulina Lantus ou a Humalog. g) Houve a negativa da Secretária Municipal de Saúde no fornecimento dos Análogos de Insulina. h) A demora na prestação jurisdicional aniquilaria o direito do autor. i) O fato de não estarem padronizados é irrelevante. j) O médico assistente do paciente indicou tal medicamento e o pedido deve ser deferido. 	<p>diferenciação.</p> <ul style="list-style-type: none"> b) É necessário demonstrar que: <ul style="list-style-type: none"> 1. o medicamento é adequado a doença. 2. o paciente buscou o tratamento na rede pública. 3. o medicamento disponibilizado na rede pública é inadequado ao tratamento requisitado. 4. o medicamento pleiteado é adequado a moléstia. c) Os Análogos de Insulina não estão padronizados. d) Falta de justificativa para não usar a insulina NPH disponível na rede pública. e) Falta de cumprimento das etapas administrativas. f) Laudo médico afirma que o paciente tem o diabetes e não que precisa da Insulina.
---	---

CONCLUSÃO

A eficácia dos direitos fundamentais nos leva a sua efetivação dentro de nossa Constituição Federal, que elenca em seu texto o direito a saúde, reconhecido como um direito fundamental. Foi criado o SUS, como maneira de efetivar e facilitar administrativamente esse acesso a saúde, que muitas vezes não é capaz de proporcionar esse direito de forma efetiva, vindo o cidadão buscar essa efetivação pela via judicial. Todavia, muitas vezes o Estado fica à sombra da teoria da reserva do possível, para se esquivar de tal obrigação.

O diabetes doença silenciosa, que afeta grande numero da população, torna a pessoa dependente da Insulina sendo necessária administração se dose diária.

Mantendo a posição de negar a implantação do protocolo clínico aos Análogos de Insulina aos portadores do diabetes tipo 1, de uma forma ou de outra o Estado acaba tendo uma despesa que pode-se dizer muitas vezes superior se acatasse o pedido e dispensasse o medicamento ora suplicado, trazendo ao cidadão uma melhor qualidade de vida.

Todavia, enquanto isso não acontece, os cidadãos portadores dessa doença crônica, ficam a mercê de decisões não raras vezes incoerentes e até inconseqüentes, diante do prejuízo ao bem maior: VIDA.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**, Centro de estudios constitucionales. Madrid: Imprensa Farezo, 1993.

BECKER, Daniel. **No seio da família: a amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Hermenêutica constitucional e direitos fundamentais**. 1. ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2002.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2006.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional**. Coimbra: Almedina, 1993.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental a saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2007.

MARTINS, Wal. **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2008.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. Coimbra: ed. Coimbra, 1998.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 187).

PIOVESAN, Flávia; IKAWA, Daniela. **Direitos humanos: fundamentos, proteção e implementação: perspectivas e desafios contemporâneos**. Curitiba: Juruá, 2007.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. **Contabilidade pública: uma abordagem da administração financeira pública**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang (org). **Jurisdição e Direitos fundamentais: anuário 2004/2005** / Escola Superior da Magistratura do Rio Grande do Sul - AJURIS. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Ed. Malheiros, 2008.

SILVA, José Afonso. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2001. (Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395 – Acessado em: 10 de março de 2010.)

O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

Tailine Fátima Hijaz

Acadêmica do Curso de Direito da UNESC. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da UNESC (LADSSC). E-mail: tailinehijaz@hotmail.com.

Henrique Furlanetto V. Miranda

Acadêmico do Curso de Direito da UNESC. E-mail: henriquefmiranda@hotmail.com.

Reginaldo de Souza Vieira

Mestre e Doutorando em Direito pelo CPGD/UFSC. Professor do Curso de Direito da UNESC. Advogado. Líder do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC) e do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC). E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com.

RESUMO

O presente artigo pretende demonstrar que o direito de todas as parturientes e recém-nascidos a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independentemente de pagamento de qualquer valor, está expressamente consagrado no ordenamento jurídico internacional e brasileiro, cabendo ao Ministério Público, ao lado dos movimentos sociais e demais instituições, fazer uso de todos os instrumentos jurídicos para efetivá-lo, diante de eventual violação. Para atingir tal escopo, inicialmente se discorre acerca de aspectos pontuais sobre o direito à saúde, como principais marcos históricos e fundamentos constitucionais. A seguir, busca-se analisar a figura do Ministério Público, com especial atenção à sua legitimidade e atribuições previstas no ordenamento jurídico brasileiro. Finalmente, analisa-se o papel do MP na efetivação do direito ao acompanhante durante todas as fases que concernem ao parto. O método de abordagem utilizado foi o dedutivo. O método de procedimento o histórico, descritivo e argumentativo. Ao final da pesquisa, concluiu-se que a legislação, a jurisprudência e a literatura especializada na problemática tratada são unânimes no sentido de ter reconhecido o direito ao acompanhante durante todas as fases do parto.

Palavras-chave: Ministério Público; Direito ao acompanhante; Parto; Direito à saúde; Direitos fundamentais.

ABSTRACT

This article will argue that the right of all mothers and newborns a companion during labor, delivery and immediate postpartum period, regardless of payment of any amount, is expressly enshrined in international law and Brazilian, being the Public Ministry, along with the social movements and other institutions, make use of all legal instruments to effect it, before any infringement. To achieve this scope, initially talks about specific aspects of the right to health as the main landmarks and constitutional grounds. The following seeks to analyze the figure of the Public Ministry, with special attention to their legitimacy and authority as provided in Brazilian law. Finally, we analyze the role of MP in the realization of the right companions during all phases concerned with the delivery. The method of the deductive approach was used. The method of procedure history, descriptive and argumentative. At the end of the study,

concluded that the legislation, case law and literature are unanimous on the issue treated in order to have recognized the right companions during all phases of labor.

Keywords: Public Ministry; Right to escort; Delivery; Right to health; Fundamental Rights.

INTRODUÇÃO

Uma breve análise da história constitucional brasileira é suficiente para se observar que a saúde só passou a ser reconhecida como um direito social fundamental de todos os indivíduos a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988 (doravante CRFB/88). Antes da CRFB/88, esse direito não era universalizado, destinando-se apenas àqueles que trabalhavam formalmente e contribuía para a previdência social.

Nesse ínterim, é possível notar que ao mesmo tempo em que dotou a saúde de fundamentalidade, a Constituição também indicou em seu texto instituições e instrumentos com o escopo de efetivar tal direito. Entre os indicados, para a pesquisa que ora se apresenta é importante destacar a figura do Ministério Público, que tem a defesa da cidadania e, no caso, da saúde pública, como uma de suas obrigações constitucionais.

Diante do quadro sumariamente desenhado, neste estudo pretende-se demonstrar que o direito de todas as parturientes/puérrimas e recém-nascidos a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independentemente de pagamento de qualquer valor, está expressamente consagrado no ordenamento jurídico internacional e brasileiro, cabendo ao Ministério Público, junto aos movimentos sociais e demais instituições, fazer uso de todos os instrumentos jurídicos para efetivá-lo, diante de eventual violação.

Para atingir tal objetivo, inicialmente se discorre acerca de aspectos pontuais sobre o direito à saúde, como principais marcos históricos e fundamentos constitucionais. A seguir, busca-se analisar a figura do Ministério Público, com especial atenção à sua legitimidade e atribuições previstas no ordenamento jurídico brasileiro. Finalmente, analisa-se o papel do MP na efetivação do direito ao acompanhante durante todas as fases que concernem ao parto.

O método de abordagem utilizado foi o dedutivo. O método de procedimento o histórico, descritivo e argumentativo. Por fim, importa registrar que este estudo não pretende esgotar toda a matéria referente à temática em apreço, mas tão somente estimular o debate sobre essa questão essencial que interessa a todos os cidadãos.

Histórico e fundamentos constitucionais acerca do direito à saúde: alguns aspectos pontuais

Para Schwartz (2001, p. 52), a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade”. Assim, hodiernamente mostra-se inadmissível falar em vida digna sem se levar em conta o foco de discussão de todo esse estudo: a saúde (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 80-81). Afinal, há que se reconhecer que os dois fenômenos estão intimamente ligados, onde a saúde exsurge como um instrumento que torna possível a vida, além de se afigurar como uma das condições indispensáveis à construção de uma sociedade livre, justa e solidária; à garantia do desenvolvimento nacional; à erradicação da pobreza e da marginalização, bem como à redução das desigualdades sociais e regionais; à promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (LEAL, 2009, p. 151).

Como demonstrado em trabalho anterior (HIJAZ; VIEIRA; SILVESTRE, 2011), além de protagonizar as duas primeiras dimensões de direitos fundamentais⁶¹, a saúde também é essencialmente um direito de segunda dimensão, mas possui um caráter transdimensional, o que também lhe insere na primeira dimensão (direito à vida) e terceira dimensão, tal qual o direito à paz, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e qualidade de vida, vez que seus titulares são indeterminados, e que o bem jurídico tutelado (a saúde) é indivisível (SCHWARTZ, 2001). Essa questão será abordada com maior cuidado no próximo tópico, mas deste já importa assinalar que a saúde, assim como os demais direitos de terceira

⁶¹Parte da literatura especializada classifica os direitos fundamentais em três gerações ou dimensões clássicas que se integram e se complementam (BONAVIDES, 2006, p. 340). Segundo Sarlet, (1998, p. 47) a expressão “geração” “pode ensejar a falsa impressão da substituição gradativa de uma geração por outra”, motivo pelo qual a pesquisa adota o termo “dimensões” de direitos fundamentais.

dimensão - conhecidos por direitos transindividuais, coletivos ou difusos – tem o Ministério Público como principal legitimado para a sua defesa.

Registre-se que essa compreensão da saúde enquanto pressuposto para o direito à vida, bem como um direito que se fez presente em todas as dimensões de direitos fundamentais não mais existe somente na literatura especializada na temática ou nos manuais de direito constitucional. Pelo contrário, como se pretende rapidamente demonstrar, os julgados oriundos do Supremo Tribunal Federal, bem como a legislação pertinente, sobretudo nas duas últimas décadas, reconheceram expressamente a saúde como direito de todos, cabendo ao Estado se valer de todos os meios para a sua concretização.

Com efeito, de acordo com o Ministro Celso de Mello, em decisão proferida no RE-AgR 271.286/RS:

a) O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (BRASIL, 2000).

No RE-AgR 393.175, além de frisar que o direito à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada a todos, o STF ainda consubstanciou que qualquer esfera institucional de atuação do Poder Público não pode se mostrar indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir em grave comportamento inconstitucional. Com isso, o Supremo adentrou na espinhosa discussão acerca do suposto caráter programático da norma inscrita no art. 196 da CRFB/88, assinalando que

o caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado (BRASIL, 2006).

Além disso, para se verificar o tratamento recebido pela saúde no ordenamento jurídico brasileiro, pode-se dividir a sua complexa história em dois

momentos fundamentais: antes e depois da CRFB/88. De fato, até a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988, o direito à saúde não era universalizado (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 82-83; PAIM, 2008; SANTOS, 2010; DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010) e se restringia a beneficiar apenas os trabalhadores que contribuía para a previdência. Desta forma, possui um caráter de seguro social e não de seguridade social, que foi o modelo adotado pela CRFB/88 (PAIM, 2009).

Em face a realidade anterior (seguro social) grande parte da população ainda se via excluída do sistema de saúde, ficando à própria sorte ou a mercê da caridade e benevolência das pessoas e instituições (BARROSO, 2009, p. 318).

Contudo, com a CRFB/88, pioneiramente a saúde passou a ser reconhecida como um direito social fundamental (PIOVESAN, 2008, p. 34; COHN, 2009, p. 1614; SCHWARTZ, 2001, p. 27 e 97; DALLARI, 1995, p. 23). Como é cediço, o direito à saúde encontra-se previsto no art. 6º da CRFB/88, de forma genérica, ao lado dos demais direitos sociais. O constituinte originário ainda optou por reservar uma seção específica sobre a matéria nos art. 196 a 200, ampliando a sua conceituação.

Assim, conforme anota José Afonso da Silva, e forte no referido art. 196 da CRFB/88, o direito à saúde passou a ser compreendido

[...] como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam (2006, p. 831).

Cabe salientar que a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve o seu texto final incluído nos debates do Congresso Constituinte de 1987/1988⁶², também foi fundamental para a criação de um sistema público de saúde no Brasil, construído em suas bases ativamente pelo “movimento sanitarista” (PAIM, 2008; GERSCHMAN, 2004). Na CRFB/88 o Sistema Único de Saúde é caracterizado, entre outros, pela descentralização, com direção única em cada esfera de governo,

⁶² Em consonância com o exposto por Vieira (2010), esta pesquisa adota a nomenclatura “Congresso Constituinte”, vez que não houve a convocação exclusiva de uma Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da CRFB/88, mas somente a concessão de poderes constituintes ao Congresso Nacional.

atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e a participação da comunidade (art. 198).

Em 19 de setembro de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2010-a). A lei também estabelece a estrutura e o modelo de organização e atuação do SUS, tendo como uma das atribuições principais a “formulação da política de medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (art. 6º, VI).

Desta feita, percebe-se que, em consonância com a doutrina e a jurisprudência, tanto a CRFB/88 quanto a legislação pertinente ao tema em estudo consagrou o direito à saúde com destaque em seus respectivos textos, onde a saúde passou a ser entendida como um direito (e dever) fundamental tutelado pela ordem jurídico-constitucional.

Legitimidade E Atribuições Constitucionais do Ministério Público

Como visto, é possível notar que ao mesmo tempo em que dotou a saúde de jus fundamentalidade, a CRFB/88 se preocupou em dispor acerca das instituições e mecanismos jurídicos competentes para a devida defesa e efetivação desse direito. Assim, chega-se ao Ministério Público, o qual, junto aos movimentos sociais e a outras instituições, tem a defesa da cidadania e, no caso, da saúde pública, como uma de suas competências constitucionais.

Neste sentido, de acordo com Vieira e Pizzette:

Mesmo tendo esculpido o direito à saúde como um direito fundamental, a Constituição Federal por si só não pode torná-lo efetivo, cabendo aos movimentos sociais e às instituições de defesa dos direitos coletivos e sociais a utilização de mecanismos de pressão e judicial para a sua concretização.

Portanto, é nesse cenário que se insere o Ministério Público, a quem foi atribuído constitucionalmente a competência de zelar pela garantia da execução dos serviços de saúde (2007, p. 2).

O artigo 127, *caput*, da CRFB/88 prescreve que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e

individuais indisponíveis (BRASIL, 2010-b). Em geral, embora não necessariamente, o zelo pela indisponibilidade do interesse está presente na atuação do Ministério Público.

A Constituição destina-o ao zelo dos mais graves interesses sociais, ora relacionados de modo indeterminado a toda a coletividade, ora a pessoas determinadas. Num caso ou no outro, porém, sempre age o Ministério Público em defesa do interesse geral, observada a compatibilidade prevista no inc. IX do art. 129 da Constituição (MAZZILLI, 1997, p. 23).

Assim, é este o objetivo da atenção do Ministério Público: a) ou zela para que não haja disposição de interesse que a lei considera indisponível; b) ou, nos casos de indisponibilidade relativa, zela para que a disposição do interesse seja conforme às exigências da lei; c) ou zela pela prevalência do bem comum, nos casos em que não haja indisponibilidade do interesse, nem absoluta nem relativa, mas esteja presente o interesse da coletividade como um todo (MAZZILLI, 1997, p. 23).

Como exemplos da primeira categoria, temos o zelo pelo direito à vida, à liberdade, à educação e à saúde; da segunda, a fiscalização da venda de bem de um incapaz; da última, a defesa de interesses coletivos ou mesmo individuais homogêneos, se houver extraordinária dispersão dos lesados ou for necessário assegurar o funcionamento de todo um sistema econômico, social ou jurídico (MAZZILLI, 1997, p. 23; PONCIANO, 2007).

Além disso, a Constituição estabelece que o MP tem autonomia na estrutura do Estado, não podendo ser extinto ou ter atribuições repassadas a outra instituição. Com efeito, seus membros (procuradores e promotores) têm liberdade para atuar segundo suas convicções, com base na lei. São denominadas autonomia institucional e independência funcional do Ministério Público, asseguradas pelo texto constitucional (LEITE, 2001).

Com efeito, o § 2º do art. 127 da CRFB/98 dispõe o seguinte:

Ao Ministério Público é assegurada autonomia funcional e administrativa, podendo, observado o disposto no art. 169, propor ao Poder Legislativo a criação e extinção de seus cargos e serviços auxiliares, provendo-os por concurso público de provas ou de provas e títulos, a política remuneratória e os planos de carreira; a lei disporá sobre sua organização e funcionamento (BRASIL, 2010-b).

A Lei Orgânica do Ministério Público da União (LOMPU), a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (LONMP), a Constituição paulista e a Lei Orgânica Estadual do Ministério Público (LOEMP) desenvolveram as conseqüências da autonomia. Assim, a autonomia funcional do Ministério Público:

significa que os seus membros, no desempenho de seus deveres profissionais, não estão subordinados a nenhum órgão ou poder – nem ao Poder Executivo, nem ao Poder Judiciário, nem ao Poder Legislativo – submetendo-se apenas à sua consciência e aos limites imperativos da lei. Por essa razão, os membros do Ministério Público são considerados agentes políticos, em situação totalmente diversa dos funcionários públicos em sentido estrito. É a posição dos agentes públicos investidos de atribuições constitucionais e responsáveis pelo exercício de funções mais altas e complexas, nos vários âmbitos de poder e diferentes níveis de governo, cuja atuação e decisões exigem independência funcional (MAZZILLI, 1997, p. 27).

Por outro lado, independência significa a desvinculação dos integrantes da Instituição em relação aos demais no exercício de suas funções, “não tendo superior hierárquico, podendo agir no processo de acordo com seu livre convencimento, discordando dos seus colegas” (SAWEN FILHO, 1999, p. 210). Tal afirmação, porém, parece um tanto ampla, pois, ao negar a existência de hierarquia no âmbito do *Parquet*, inadmite a existência do poder hierárquico no seio da Instituição, descaracterizando-a, como órgão governamental, entrando em sintonia com a inteligência do § 1º do art. 128, da CRFB/88, que atribui ao Procurador-Geral da República a chefia do Ministério Público da União. O próprio § 2º do art. 127 da CRFB/88 ao reconhecer à Instituição a faculdade de “criação e extinção de seus cargos e serviços auxiliares” parece estar implicitamente reconhecendo-lhe o exercício do poder hierárquico na organização de seus serviços” (SAWEN FILHO, 1999, p. 212; BRASIL, 2010-b).

Entretanto, é evidente que, no tocante a medidas administrativas, devem os membros da Instituição acatar as decisões dos órgãos da Administração Superior do Ministério Público, tais como a imposição de medidas disciplinares, a solução dos conflitos de atribuições e até mesmo as que optam pela revisão de uma promoção de arquivamento de inquérito, tanto civil como criminal, que, embora não se contenha na esfera administrativa da Instituição, é atribuição específica de sua Administração Superior (SAWEN FILHO, 1999, p. 210-213).

O que se mostra inadmissível, porém, é a imposição a um membro do Ministério Público, no exercício de suas funções, por órgão da Administração

Superior ou qualquer outra autoridade estatal, de um comportamento em relação à determinada matéria cuja solução dependa de sua convicção (SAWEN FILHO, 1999, p. 210-213).

Após tais considerações acerca da autonomia do Ministério Público, e como anteriormente aventado, sendo a saúde um direito social, difuso e coletivo, e pelo fato de ser considerada um serviço de relevância pública (art. 197), a CRFB/88, em seu artigo 129, inciso II, atribui ao Ministério Público a função de zelar pelo respeito e a garantia de uma adequada prestação dos serviços públicos e privados de saúde, bem como o inciso III do mesmo dispositivo constitucional encarrega o Ministério Público de promover o inquérito civil e a ação civil pública da proteção do direito à saúde (VIEIRA; PIZZETTE, 2007; VIEIRA; VISINTIN, 2011).

Conforme entendimento de Rizkallah:

O Ministério Público é incumbido de zelar para que os Poderes Públicos e serviços de relevância pública – entre eles os serviços e ações de saúde -, observem os direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia. Para isso pode auxiliar na articulação dos Conselhos de Saúde, para assegurar a real participação comunitária na gestão da saúde, pode instaurar procedimentos extrajudiciais, como inquéritos civis e procedimentos de investigação preliminar, ou ajuizar medidas judiciais ligadas ao atendimento em saúde, ao acesso a medicamentos, a tratamentos especializados, enfim, a todos os recursos destinados à promoção, proteção ou à recuperação da saúde [...] (2003, p. 32).

De outro lado, a Lei da Ação Civil Pública (Lei nº 7.347/1985), em seus artigos 1º, inciso IV; e 5º, prevê a possibilidade de o Ministério Público ajuizar ação civil pública na defesa de qualquer interesse difuso. Contudo, em face do referenciado artigo 127, caput, da CRFB/88, os interesses individuais, quando indisponíveis, também deverão ser protegidos pelo Ministério Público, assim também podendo ser objeto de ação civil pública a saúde quando interesse individual.

No que diz respeito à competência, caberá ao Ministério Público Federal atuar quando estiver presente o interesse federal, e, nas demais hipóteses, a competência deverá ser do Ministério Público Estadual e da Justiça dos Estados (WEICHERT, 2004, p. 216; VIEIRA; PIZZETTE, 2007). Da mesma forma, é útil salientar que a lei também permite que os diversos Ministérios Públicos possam agir conjuntamente, mediante litisconsórcio, visando assim a uma efetiva colaboração entre cada uma das instituições componentes do Ministério Público (VIEIRA; PIZZETTE, 2007; MAZZILLI, 2007, p. 192).

O Papel do Ministério Público na Efetivação do Direito ao Acompanhante Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto

O direito de todas as parturientes⁶³ e recém-nascidos a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independentemente de pagamento de qualquer valor, está expressamente consagrado no ordenamento jurídico internacional e brasileiro⁶⁴.

Com efeito, no âmbito internacional, mediante a participação em uma série de convenções, há um real compromisso assumido pela República Federativa do Brasil com organismos internacionais e outros Estados de respeitar e promover os direitos da parturiente e do recém-nascido. A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 expressamente faz referência ao direito à vida e ao direito a cuidados e assistência especiais da maternidade e da infância, *verbis*:

Artigo III

Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

[...]

Artigo XXV1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (BRASIL, 2011-b).

Da mesma forma, na Convenção sobre os Direitos da Criança, incorporada ao ordenamento jurídico interno pelo Decreto 99.710-90, o Brasil assumiu internacionalmente o compromisso de certificar-se de que as instituições, os serviços e os estabelecimentos encarregados do cuidado da proteção das

⁶³ Parturiente: durante o trabalho de parto e parto; Gestante: da concepção até o início do trabalho de parto; Puérpura: após o trabalho de parto e período de encerramento impreciso (dependendo do momento EM que as alterações do período gestacional no organismo da mulher retornem a sua condição normal todas as funções fisiológicas (BRANDEN, 2000; SANTOS, 2007; GUIMARÃES, 2002).

⁶⁴ Há que se deixar claro que qualquer parto poderá ter a presença de acompanhante mediante prévia autorização da gestante, vez que a lei não faz qualquer restrição quanto a isso. Apenas a título de informação, verifica-se que há inúmeros tipos de parto. O popular sítio “amigas do parto”, por exemplo, colaciona dez tipos, quais sejam, Parto Normal, Parto Vaginal, Parto Natural, Parto Fórceps, Parto de Cócoras, Parto na Água, Parto Humanizado, Parto sem Dor, Parto Leboyer e Cesariana (AMIGAS DO PARTO, 2011).

crianças cumpram com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, mormente no que diz respeito à segurança e à saúde das crianças (art. 3.3). Nos artigos que se seguem, a mesma Convenção estabeleceu uma série de direitos da criança como o direito inerente à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento (art. 6):

ARTIGO 6

1. Os Estados Partes reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida.
2. Os Estados Partes assegurarão ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

ARTIGO 7

1. A criança será registrada imediatamente após seu nascimento e terá direito, desde o momento em que nasce, a um nome, a uma nacionalidade e, na medida do possível, a conhecer seus pais e a ser cuidada por eles.
2. Os Estados Partes zelarão pela aplicação desses direitos de acordo com sua legislação nacional e com as obrigações que tenham assumido em virtude dos instrumentos internacionais pertinentes, sobretudo se, de outro modo, a criança se tornaria apátrida (BRASIL, 2011-c).

Ainda, a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará), promulgada pelo Decreto n. 1.973-96, assegura à mulher o direito a que se respeite sua vida, a integridade física, mental e moral, a dignidade inerente a sua pessoa e a que se proteja sua família (art. 4, a,b e e) (BRASIL, 2011-d).

Por fim, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), promulgada pelo Decreto n. 978-2002, assegura o direito à vida desde o momento da concepção (art. 4.1), assim como o direito à proteção familiar (art. 17.1):

Capítulo II - DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS

Artigo 3º - Direito ao reconhecimento da personalidade jurídica

Toda pessoa tem direito ao reconhecimento de sua personalidade jurídica.

Artigo 4º - Direito à vida

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

[...]

Artigo 17 - Proteção da família

1. A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e deve ser protegida pela sociedade e pelo Estado.

[...]

Artigo 19 - Direitos da criança

Toda criança terá direito às medidas de proteção que a sua condição de menor requer, por parte da sua família, da sociedade e do Estado (BRASIL, 2011-e).

Já no que diz respeito ao reconhecimento desses direitos pelo ordenamento jurídico pátrio, o texto da Constituição da República Federativa de 1988 empresta aos direitos e garantias ênfase extraordinária, situando-se como o documento mais avançado, abrangente e pormenorizado sobre a matéria, na história constitucional do País. Como já aventado na primeira parte deste artigo, atualmente a saúde está sedimentada como um direito de todos, cabendo ao Estado “cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas” (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Quanto à parturiente/puérpura e ao recém-nascido, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei 11.108/2005 expressamente criou um subsistema, dentro do sistema do SUS, de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto (normal e cesariana) e pós-parto imediato, que está submetido aos princípios do sistema público de saúde, dentre ele, a gratuidade. Portanto, em relação ao SUS, seja a rede própria ou conveniada, o exercício do direito à acompanhante da parturiente e do recém-nascido é expressamente garantido, senão vejamos:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (BRASIL, 2011-f) (grifo nosso)

Os hospitais particulares também estão obrigados a permitir a presença do acompanhante, já que está em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008, da ANVISA, a qual dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, cujo item 9.1 prevê que “o Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (ANVISA, 2011).

Nessa mesma linha de raciocínio, o Guia do Direito à Saúde - Sistema Público de Saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde, publicado pelo IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) dispõe o seguinte:

As parturientes também têm direito a acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05. O acompanhante da parturiente terá direito a acomodações adequadas e às principais refeições durante a internação. Os hospitais públicos e os conveniados com o SUS terão o prazo de 6 (seis) meses, contados a partir de 06 de dezembro de 2005, para se adequarem à Portaria 2.418 do Ministério da Saúde, que especifica este direito (IDEC, 2011).

De fato, a referenciada portaria 2.418 de 2009, do Ministério da Saúde insere considerações importantes no que diz respeito ao tema em comento:

Art. 1 § 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria. (BRASIL, 2011-g).

Com base na legislação vigente, os nossos tribunais também têm colaborado para o reconhecimento do direito de a parturiente indicar um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Em decisão proferida em ação proposta pelo Ministério Público do Estado do Paraná, o juízo da Comarca de Dois Vizinhos/PR entendeu que a presença de um acompanhante por ocasião do parto traz diversos benefícios, como reduzir as taxas de cesárea, a duração do trabalho de parto e os pedidos de anestesia, além de ajudar a evitar a depressão pós-parto e influenciar positivamente na formação dos laços afetivos familiares, caso o pai ocupe esta posição de destaque. Diante desse raciocínio, constata-se que “a presença de um(a) acompanhante no parto traz benefício para

todos: para a criança, para a gestante, de certa forma para toda a família e também para a equipe médica⁶⁵ que realiza o parto” (BRASIL, 2011-h).

Ademais, o direito do acompanhamento durante o parto configura-se em uma proteção para gestante, e em última análise ao próprio nascituro, que deve ter a sua proteção assegurada antes mesmo de seu nascimento (VIEIRA; VIEIRA, 2011). Essa proteção ao nascituro tem amparo na teoria da proteção integral à criança e ao adolescente, devendo ter prioridade absoluta nas ações estatais (CUSTÓDIO, 2006; CUSTÓDIO, 2009).

Além dos aspectos jurídicos que dizem respeito à temática, também é interessante analisar, mesmo que brevemente, o sentido e a importância de proporcionar efetividade a esse direito. Em dissertação intitulada “O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal”, defendida em 2004, perante a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo (USP), Juliana de Paulo Louro Storti objetiva analisar as relações estabelecidas pelos acompanhantes e parturientes entre o espaço institucional do parto e nascimento e a experiência de ser e ter um acompanhante. Em poucas palavras, aduz a autora que essa experiência poderá se dar de uma forma positiva, dependendo da aceitação e respeito aos direitos da mulher e seu parceiro no processo de nascimento (STORTI, 2004).

Ainda sobre a problemática, Storti relata:

A forma como se configura o processo de nascimento, com a institucionalização da assistência, a falta de orientação e participação da mulher neste processo, a falta de estabelecimento de vínculo com o profissional que a assiste e principalmente, a separação da família exatamente no momento que mais apoio ela necessita, colaboram para que a experiência do parto seja insatisfatória podendo causar prejuízos a ela e ao bebê (2004, p. 2).

Na verdade, a resistência à inserção do acompanhante para dar apoio durante o processo de nascimento é uma das consequências do modelo tecnocrático de assistência, que desumanizou o nascimento ao afastar a família, e acabou por transformar o parto num acontecimento médico-hospitalar,

⁶⁵ Apesar da expressão existente no texto original citado, para fins deste estudo considerar-se-á equipe de saúde ao invés de equipe médica, tendo em vista esta compor-se de uma equipe multidisciplinar e não somente pelo profissional médico.

estabelecendo uma série de normas e rotinas institucionais sem quaisquer evidências científicas (STORTI, 2004, p. 5).

A técnica da Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Daphne Rattner, salienta que "Durante o trabalho de parto, é normal a mulher sentir medo e insegurança. Esse medo muitas vezes aumenta a dor das contrações e a experiência do parto torna-se traumática", e que "a presença do acompanhante diminui esses obstáculos e transforma o acontecimento em uma experiência positiva e inesquecível" (BRASIL, 2011-i).

Ademais, segundo o sítio Portal Saúde, do Ministério da Saúde, a permanência de outra pessoa junto à mulher no parto e pós-parto contribui ainda para reduzir a possibilidade de a paciente sofrer de depressão pós-parto, doença que hoje atinge cerca de quinze por cento de todas as mães do mundo. Como se não bastasse, além de oferecer tranquilidade e segurança, o acompanhante pode ajudar a mulher nas tarefas básicas com o bebê no pós-parto, quando a mãe encontra-se em fase de reabilitação⁶⁶ (BRASIL, 2011-j).

Neste sentido, vê-se que a legislação, a jurisprudência e a literatura especializada na problemática tratada na presente pesquisa são unânimes no sentido de ter reconhecido o direito ao acompanhante durante todas as fases do parto (trabalho de parto, parto e pós-parto). Diante de eventual cerceamento (por parte da equipe de saúde, hospital ou qualquer outro sujeito) cabe aos interessados representar ao Ministério Público no sentido de ter concretizado tal direito.

CONCLUSÃO

No desenvolver deste estudo procurou-se fixar premissas com vistas de materializar a fundamentação necessária para se discutir o tema em análise, isto é, o direito de todas as parturientes/puérperas e recém-nascidos a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independentemente de pagamento de qualquer valor.

Para tratar da matéria exposta, primeiramente se discorreu acerca de aspectos pontuais sobre o direito à saúde, como seus principais marcos históricos e fundamentos constitucionais. Foi possível observar que, até a promulgação da

⁶⁶ Período puerperal.

CRFB/88, o direito à saúde não era universalizado, beneficiando tão somente os trabalhadores que contribuía para a previdência. Com a promulgação da CRFB/88, a saúde passou a ser reconhecida como um importante direito fundamental tutelado pelo ordenamento jurídico-constitucional.

Após, buscou-se analisar a figura do Ministério Público, com especial atenção à sua legitimidade e atribuições previstas no ordenamento jurídico brasileiro. Percebeu-se que o Ministério Público possui importante papel na defesa do direito à saúde, uma vez que a instituição evoluiu ao longo do tempo, assumindo o dever de defender a sociedade, através dos instrumentos constitucionais e infraconstitucionais existentes no ordenamento jurídico brasileiro.

Finalmente, analisou-se o papel do Ministério Público na efetivação do direito da parturiente/puérrimas e do recém-nascido ao acompanhante durante todas as fases que concernem ao parto. Reitere-se que tal encontra-se consagrado atualmente em todas as instâncias do ordenamento jurídico, tanto constitucional, quanto legal, e tanto o brasileiro quanto o internacional. Portanto, quando do cerceamento (por parte da equipe médica, hospital ou qualquer outro sujeito) cabe aos interessados representar ao Ministério Público no sentido de ter concretizado tal direito.

Entretanto, cabe destacar uma falha na legislação pátria que ampara este direito: a ausência de uma sanção específica em caso de descumprimento, o que, conforme restou demonstrado, dificulta uma ação administrativa para o cumprimento da lei, fazendo-se necessário a intervenção do Poder Judiciário.

REFERÊNCIAS

AMIGAS DO PARTO. **Tipos de parto**. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/tipos.html>. Acesso em: 28 jun. 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008**. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31712&word=>. Acesso em: 25 set. 2011.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *In*: MARTEL, Leticia de Campos Velho (Org.). **Estudos contemporâneos de direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. Trad. Carlos Henrique Consendey; Revisão técnica: Maria Isabel Sampaio Carmagnani. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE-AgR 271.286/RS**. Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, julgado em 12/09/2000, DJ 02-02-2007 PP-00140 EMENT VOL-02262-08 PP-01524. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginador/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>. Acesso em: 7 jul. 2010.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **RE 393175 AgR**, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, julgado em 12/12/2006, DJ 02-02-2007 PP-00140 EMENT VOL-02262-08 PP-01524. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000091986&base=baseAcordaos>. Acesso em: 21 set. 2010.

BRASIL (2010-a). **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 30 jun. 2010.

BRASIL (2010-b). Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 7 mai. 2010.

BRASIL (2011-a). Ministério Público Federal. **Sobre a instituição**. Disponível em: <http://www.pgr.mpf.gov.br/conheca-o-mpf/sobre-a-instituicao>. Acesso em: 25 set. 2011.

BRASIL (2011-b). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em: 28 jun. 2011.

BRASIL (2011-c). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/crianca.htm>. Acesso em: 28 jun. 2011.

BRASIL (2011-d). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/oea/mulher2.htm>. Acesso em: 25 set. 2011.

BRASIL (2011-e). **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/san jose.htm>. Acesso em: 28 jun. 2011.

BRASIL (2011-f). **Lei 11.108, de 07 de abril de 2005**. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>. Acesso em: 25 set. 2011.

BRASIL(2011-g). **Portaria 2.418, de 08 de outubro de 2009**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2418_08_10_2009.html. Acesso em: 25 set. 2011.

BRASIL (2011-h). Ministério Público do Estado do Paraná. **Grávida tem garantido direito a acompanhante no parto**. Disponível em: http://www.mp.pr.gov.br/arquivos/File/decisao_tutela_inibitoria.pdf. Acesso em: 18 set. 2011.

BRASIL (2011-i). **Ministério da Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112. Acesso em: 29 jun. 2011.

BRASIL (2011-j). **Ministério da Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112. Acesso em: 29 jun. 2011.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020>. Acesso em: 30 jun. 2010.

CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da criança e do adolescente**. Criciúma, SC: UNESC, 2009.

_____. A doutrina da proteção integral: da exploração do trabalho precoce ao ócio criativo. **Boletim Jurídico**, 2006, n. 204, código da publicação 1645. Disponível em: <<http://74.125.47.132/search?q=cache:vDw0AJbstLgJ:www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp%3Fid%3D1642+doutrina+da+prote%C3%A7%C3%A3o+integral&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 11.10.2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusiva**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri (Org.). **VZ**. São Paulo: Rideel, 2002.

HIJAZ, Tailine Fatima; VIEIRA, Reginaldo de Souza; SILVESTRE, Mateus de Souza. Direito à saúde e atuação judicial: o fornecimento gratuito de medicamentos não inclusos nas listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS). *In: ANAIS do VIII Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea e IV Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos*, 2011, Santa Cruz do Sul - RS.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Guia direito à saúde**. Disponível em: www.idec.org.br/arquivos/guia_direito_saude.doc. Acesso em: 25 set. 2011.

LEITE, Carlos Henrique Bezerra. **Ação civil pública: nova jurisdição trabalhista metaindividual: legitimação do Ministério Público.** São Paulo: LTr, 2001.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **Introdução ao Ministério Público.** São Paulo: Saraiva, 1997.

_____. **Regime jurídico do Ministério Público.** São Paulo: Saraiva, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol.18, no.4, Rio de Janeiro: 2008.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** São Paulo: Saraiva, 2008.

PONCIANO, Vera Lúcia Feil. **Manual de processo civil para a 1ª instância.** 3. ed. Curitiba: Juruá, 2007.

RIZKALLAH, Cristiane Barreto Nogueira. **O direito à saúde e o Ministério Público** (Monografia Final de Curso). Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB), 2003.

SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. Puerpério normal. *In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (Orgs.) Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.* 2. ed. 2. reimp. rev. Florianópolis: Cidade Futura, 2007, p. 117-133

SANTOS, Lenir. Direito à saúde e Sistema Único de Saúde: conceitos e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. *In: _____ (Org.). Direito da saúde no Brasil.* Campinas-SP: Saberes, 2010, p. 145-179.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 1998.

SAUWEN FILHO, João Francisco. **Ministério Público Brasileiro e o Estado Democrático de Direito.** Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** São Paulo: Malheiros, 2006.

STORTI, Juliana de Paulo Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal** (Dissertação de Mestrado), Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo (USP), 2004. Disponível em: Acesso em: 20 jun. 2011.

VIEIRA, Reginaldo de Souza; PIZZETTE, Francisco Nunes. Direito à saúde e Ministério Público. *In: Amicus Curiae* [recurso eletrônico] – V. 4, n. 4 (2007) – Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net>. Acesso em: 15 set. 2011.

_____. **Partidos políticos brasileiros**: das origens ao princípio da autonomia político-partidária. Criciúma: Editora Unesc, 2010.

_____; VIEIRA, Roseli Schminski. O direito à saúde da criança e do adolescente. *In: VIEIRA, Reginaldo de Souza; CUSTÓDIO, André Viana. Estado, política e direito*: políticas públicas e direitos sociais. Criciúma: Editora Unesc, 2011.

_____; VISINTIN, Fábio. A legitimidade ativa do Ministério Público após a promulgação da CRFB de 1988 para propor ação civil pública na defesa dos direitos individuais e indisponíveis. *In: SOUZA, Ismael Francisco de; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Direitos fundamentais e Estado*: políticas públicas & práticas democráticas, Tomo I. Criciúma-SC: Editora UNESC, 2011, p. 263-286.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA E O DIREITO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Patrícia Schardosim Simão

Acadêmica do curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisadora junto ao Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC). E-mail: pati-simao@hotmail.com.

RESUMO

O presente trabalho tem como tema o estudo do princípio da prioridade absoluta e o direito à saúde de crianças e adolescentes. O método utilizado foi o dedutivo, e a pesquisa bibliográfica. Assim, o presente trabalho tem por finalidade fazer uma abordagem histórica do direito da criança e do adolescente no Brasil, apontando sua evolução, no objetivo de garantir direitos humanos à crianças e adolescentes, especialmente o direito à saúde, com prioridade absoluta, conforme preceitua a Teoria da Proteção Integral, vigente no país desde a Constituição Federal de 1988. Por fim, culmina com um exame geral do alcance da legislação vigente, no que tange ao acesso aos serviços de saúde por crianças e adolescentes no Brasil.

Palavras-chave: Adolescente; Criança; Direito; Prioridade; Saúde.

ABSTRACT

The present work has as its theme the study of the principle of absolute priority and the right to health of children and adolescents. The deductive method was used, and literature. Thus, this paper sets out to take a historical approach to the right of children and adolescents in Brazil, showing its evolution, in order to guarantee human rights to children and adolescents, especially the right to health, with absolute priority, as provided in theory of Integral Protection, prevailing in the country since the 1988 Constitution. Finally, culminating in a general examination of the scope of existing legislation regarding access to health services for children and adolescents in Brazil.

Keywords: Adolescents; Child; Right; Priority; Health.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história das civilizações, percebe-se a negação com que eram encaradas crianças e adolescentes pela sociedade. Crianças e adolescentes não eram considerados adultos em miniatura, que precisavam apenas crescer, sendo moldados conforme os interesses do Estado e da sociedade.

A concepção de infância que se tem hoje foi sendo construída ao longo do tempo, de forma lenta e gradual. Isso porque os interesses econômicos sempre

estiveram presentes nas relações sociais. Assim, durante muito tempo predominou o entendimento de que a criança e o adolescente deveriam servir à família e à sociedade de alguma forma, como outra pessoa qualquer.

Como o desdobramento do ordenamento jurídico brasileiro, após a promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988, que instituiu a Teoria da Proteção Integral em relação às crianças e adolescentes, além de garantir a prioridade absoluta a estes na destinação de verbas, aplicação de recursos e criação de políticas pela administração pública, fora aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 13 de julho de 1990, como forma de atender às tais disposições.

A partir de então, o infante, agora sujeito de direito, passa a ser considerado ser humano em condição especial de desenvolvimento, devendo-lhe ser garantidos todos os direitos inerentes a esta condição.

Sendo assim, crianças e adolescentes têm os mesmos direitos inerentes a pessoa humana, além de outras garantias, em decorrência de sua condição especial de desenvolvimento.

O Direito da Criança e do Adolescente no Brasil e sua Evolução Histórica

Como dito anteriormente, o tratamento voltado às crianças e adolescentes no contexto brasileiro, desde a invasão portuguesa, demonstra a falta de reconhecimento da condição destes como seres humanos em fase especial de desenvolvimento.

Sabe-se que no período colonial a criança comungava do mesmo espaço e mesmas atividades, além de ser tratada da mesma forma que os adultos. Isso explica os altos níveis de mortalidade infantil, além da curta expectativa de vida, tendo em vista as precárias condições de higiene, além da miséria que predominava no contexto socioeconômico da época (CUSTÓDIO; VERONESE. 2009, p. 20).

A educação era ministrada pela igreja nas escolas Jesuíticas, que perduraram por dois séculos, sendo o único modelo de educação pública existente no Brasil-Colônia, a partir do século XVI. Nestas instituições, responsáveis por diversas práticas que algumas destas perduram até os dias atuais, a educação era oferecida através de ações inovadoras para os silvícolas, como a punição, onde “[...]”

a criança indígena, acostumada aos carinhos dos pais, passa a enfrentar os castigos físicos da dominação portuguesa”. (CUSTÓDIO; VERONESE. 2009, p. 29).

Durante o período colonial surgem as primeiras instituições assistencialistas no Brasil. As congregações religiosas abriram as Santas Casas de Misericórdia, que prestavam atendimento a escravos, estrangeiros, enjeitados, ou expostos sem, no entanto, fazer qualquer distinção entre sexos, idade ou outra condição (CUSTÓDIO; VERONESE. 2009, p. 21).

Já no século XVIII, foram instaladas as “Rodas dos Expostos”, este modelo, criado na Europa e importado à colônia portuguesa, deram proteção à infância, principalmente aos chamados filhos “bastardos”, como resposta aos ideais propagados pela Revolução Francesa, em especial ao princípio da igualdade (PEREIRA, 2008, p. 86).

Além destes, eram também depositados nas rodas as crianças abandonadas nas portas e ruas, assim como filhos de escravas negras. Depois de recebidas, as crianças poderiam ser institucionalizadas, ou acolhidas por outras famílias, que recebiam estímulos do Estado, na forma de subsídios, para o ‘acolhimento’ dos infantes.

Entretanto, com o passar do tempo,

Este modelo foi se tornando inadequado e incompatível com a mentalidade do século XIX. Coube aos higienistas e demais moralistas, polemizar contra a assistência caritativa com base em argumentos respaldados na moral e nos conhecimentos adquiridos pela ciência médica. [...] por um lado ela constituía um atentado à moralidade ao incentivar uniões ilícitas, que resultavam em filhos ilegítimos, anonimamente abandonados nas Rodas. Além disso, era sabido que em épocas de maior escassez, os pais entregavam seus filhos à Rodas para aliviarem-se do encargo de criá-los; por outro lado, o amontoamento de crianças nos asilos feria todos os preceitos de higiene, o que era largamente atestado pela facilidade com que as crianças morriam naqueles estabelecimentos (RIZZINI, 1997, p. 181 e 182).

No início do século XX, promulga-se inovadora norma, que se propôs a resolver o ‘problema’ da infância no país. O Código de Menores de 1927 refletia o pensamento da sociedade da época, a qual sentia necessidade de retirar de suas vistas crianças e adolescentes pobres, ou que praticassem algum delito, sem qualquer distinção entre ambos, tendo em vista que previa a institucionalização de ‘menores’ em uma mesma casa (SOUZA, 2010).

Para tanto, aliaram-se Justiça e Assistência, com a finalidade de implantar o Juízo de Menores no Brasil, que interviria frente à infância pobre, retirando-a da família e internando-a em instituições, onde lhe assistiriam de maneira correta, uma vez que os padrões morais da época classificavam como incompetente para educar os filhos, pais que não podiam provê-lo (RIZZINI, 1997, p. 214 e 215).

A doutrina menorista fora inspirada na legislação vigente na Europa, que através de um olhar discriminatório e elitista, testava aqui práticas pedagógicas de forte cunho moralista e punitivo, como tentativa de solucionar problemas sociais, deixando de tratar das relações econômicas, onde a criança e o adolescente eram na maioria das vezes, objetos de exploração (RIZZINI, 1997, p. 214 e 215).

Vale salientar que este modelo autoritário resistiu à diversas mudanças legislativas do Estado Brasileiro, permanecendo praticamente inerte até o Golpe Militar de 1964, quando da criação da Política Nacional do Bem-Estar do menor, através da implementação da FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, instituição responsável por, coordenar, orientar e fiscalizar, de forma centralizada, todos os órgãos que aplicavam tal política, com objetivo de atender às *necessidades básicas do menor*. Sendo assim, a obrigação do Estado era mínima, já que visava apenas suprimir a sobrevivência do infante(BRASIL, 2011).

Nesse contexto político, período em que o Brasil estava sobre governado do regime militar e, ideais de autoridade e repressão claramente dominantes, é editada uma nova lei visando a ‘proteção’ do menor, Código de Menores de 1979, que trazia consigo a Doutrina da Situação Irregular(BRASIL, 2011).

Segundo tal legislação estavam em situação irregular todos os infantes em situação de pobreza, ou que cometessem alguma infração, ou ainda os violentados de qualquer forma, ou seja, apenas as crianças e adolescentes que tiveram de alguma forma, direitos (que na maioria ainda não lhes eram garantidos) violados(COSTA; VERONESE. 2006, p. 47).

Uma das características de maior relevância da referida norma é que ela alcançaria somente alguns infantes, já que “se dirigiria a um tipo de criança e adolescente específico, aquele que estava inserido num quadro de patologia social, elencado no art. 2º do referido Código” (VERONESE, 1997, p. 91).

Sendo assim, resta claro o cunho discriminatório e elitista da aludida lei, uma vez que, na maioria das vezes, punia a própria criança, ou adolescente, por

seus responsáveis não dispõem de discernimento, ou de recursos financeiros necessários.

Cabe ressaltar, entretanto, que tal legislação já nascera sem força, pois o momento era de transição política no Brasil. O Regime Militar restava falido, e durante a década de 1980 os movimentos populares se agitavam. Aclamavam por democracia, igualdade, e pela garantia de direitos à diversos minorias, dentre estas, à infância. Estes grupos, que participaram ativamente da Assembleia Nacional Constituinte, ajudaram a construir a Teoria da Proteção Integral, princípio presente na Constituição de 1988 que surgira radicalizando com as ideias das legislações menoristas anteriores.

Dissertando a respeito, lembra Custódio:

É preciso advertir que a afirmação do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil não decorre de um modo de acumulação epistemológica, mas antes de tudo, representa ruptura radical com a própria compreensão histórica relativa ao tema. Surge com força capaz de varrer todos os pressupostos teóricos da doutrina da situação irregular, primeiro contestando sua própria validade científica, e depois formulando um conjunto de conceitos operacionais, regras, sistemas integrados e articulados em rede que tornaram absolutamente incompatível a congruência de um modelo com o outro (CUSTÓDIO, 2010).

Assim, passaremos à análise dos direitos fundamentais, como o direito à vida e, conseqüentemente à saúde, pelo foco do princípio da prioridade absoluta, no que tange ao acesso destes direitos pelas crianças e adolescentes brasileiros.

O Princípio da Prioridade Absoluta e o Direito a Saúde de Crianças e Adolescentes

O direito à saúde é uma consequência do direito fundamental à vida, também garantido pela Constituição Federal, em seu artigo 6º, como direito fundamental social.

Sendo assim, é direito de toda pessoa humana ter acesso aos serviços de saúde, seja através de políticas de promoção, prevenção, proteção, ou ainda de recuperação, como o princípio da integralidade pressupõe.

Não obstante, o artigo terceiro do Estatuto da Criança e do Adolescente aduz que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral protegida por ele,

uma vez que pressupõe que tais seres são sujeitos de direitos, como uma pessoa qualquer, mas em condição especial de desenvolvimento.

Além do mais, o artigo quarto dispõe que é dever da família, a comunidade, da sociedade e do poder público assegurar, com absoluta prioridade a efetivação dos direitos fundamentais às crianças e adolescentes, tais como a vida e a saúde, dentre tantos outros.

Para tanto, especifica em seu parágrafo único que a garantia desta prioridade pressupõe a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; a preferência na formulação e na execução das políticas públicas, além da destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e adolescência.

Não obstante, é preciso entender o direito à saúde como inerente à condição humana, pressupondo uma série de garantias, como acesso universal aos cuidados em saúde, com a disposição dos recursos necessários para provê-los, através da oferta de serviços de qualidade, nos quais a valorização das práticas culturais, além do uso da educação e informação como formas e transformação social. (GOMES; GUIZARDI; MACHADO; PINHEIRO, 2005, p. 15)

Sendo assim, o princípio da prioridade absoluta garante o atendimento, o acolhimento e o socorro nos serviços de saúde com prioridade absoluta à crianças e adolescentes. Não obstante, garante a preferência na destinação de recursos e planejamento de políticas públicas que visem a promoção e proteção de direitos inerentes a estes sujeitos.

No intuito de que todos esses direitos se fizessem cumprir, o Estatuto da Criança e do Adolescente criou o Sistema de Garantia de Direitos, um conjunto normativo que confirmou a descentralização político-administrativa proposta pela Constituição, de forma que toda criança e adolescente brasileiro alcançasse-os.

Esse sistema de garantias prevê ação articulada entre a família, o Estado, a comunidade e a sociedade em geral na efetivação dos direitos fundamentais da infância, que, articulado ao princípio da descentralização político-administrativa, estabeleceu competências aos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente para deliberar sobre a política de atenção à infância e juventude nos municípios.

Em vista disso, o princípio da descentralização político administrativa, pressupõe mudanças significativas na política de atendimento, não sendo mais compatível as aplicadas pelo “direito do menor”. Assim, esse novo sistema requer uma modificação no seu reordenamento legal, social e institucional, implicando uma mudança de conteúdo, método e gestão (LIMA, 2001, p. 259).

O princípio da descentralização político-administrativa está situado no terreno das mudanças de gestão. O seu conteúdo básico diz respeito às mudanças que tinham (e ainda têm) de ser introduzidas na forma de administrar as Políticas de que visam ao atendimento de crianças e adolescentes, vistos, agora, como sujeitos de Direitos Fundamentais, na condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, e não mais como meros “clientes” do “paternalismo estatal”, e do “populismo” de determinada classe política, ou de “filantropia da sociedade civil” (LIMA, 2001, p. 259).

Para tanto este sistema previu a criação de diversos órgãos, alguns vinculados ao Estado, como a Promotoria de Justiça da Criança e do Adolescente, a Delegacia e a Justiça também especializadas; além de outros não subordinados ao Poder Público, como os Conselhos Tutelares e de Direitos, a fim de que atuem de maneira conjunta, na promoção, proteção e defesa de direitos nas garantias inerentes a estes seres humanos em condição peculiar de desenvolvimento.

Assim, como lembra Custódio, “os Conselhos de Direitos têm a responsabilidade de garantir a implementação das políticas de atendimento e competência para deliberar e controlar os referidos programas de atendimento de crianças e adolescentes”, a fim de que as dificuldades e problemas de cada região do país, em cada ente da federação, seja ele municipal, estadual, ou federal, sejam cumpridas pelo Administrador Público (CUSTÓDIO, 2008, p. 124).

Caso algum desses direitos, inerentes à criança e ao adolescente, não seja observado pelos órgãos anteriores, cabe ao Ministério Público, agir frente ao Poder Público nas violações de direitos.

Cabe, ainda, ao Conselho Tutelar agir, também nas violações particulares de direitos, ou omissões, acionando o MP e a Justiça, quando necessário, a fim de que àquela criança ou adolescente, em particular, não sofra nenhuma forma de omissão, ou negativa de atendimento ou socorro, por exemplo, ou que as medidas necessárias sejam tomadas pelo Poder Público.

Não obstante, a Constituição da República Federativa do Brasil criou o Sistema Único de Saúde, rompendo totalmente com os modelos dos sistemas anteriores.

Além do artigo 6º, que como já dito anteriormente, garante a saúde como direito fundamental social, o artigo 194 da Constituição aduz ser a Seguridade Social um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Para tanto, elencou entre outros objetivos a universalidade da cobertura de atendimento.

Não menos importante, o artigo 196 reza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ocorre que, apesar de todo o aparato legal criado pelo legislador para proteger o direito à saúde, assim como outros direitos fundamentais à crianças e adolescentes, materialmente, ainda é difícil garantir a prioridade absoluta no atendimento dos serviços em saúde.

Isso porque nas filas de espera nas unidades de saúde e prontos socorros nem sempre há prioridade no atendimento de crianças e adolescentes, como a legislação garante. É comum que infantes aguardem pacientemente em uma fila comum, pelo atendimento, sem qualquer distinção, como ocorria no início do século.

CONCLUSÃO

Percebe-se que a garantia material do direito à saúde ainda não é uma realidade em nosso país, apesar de haver todo um conjunto legislativo que garante formalmente tal direito à população em tela.

Conclui-se então, ser necessário uma ação mais forte do Poder Público na construção de Políticas Públicas que visem garantir materialmente o acesso prioritário de crianças e adolescentes aos serviços de saúde.

Assim, a prioridade no atendimento de crianças e adolescentes em serviços de saúde só ocorrerá quando mudança de paradigmas culturais e sociais, pois os hábitos da sociedade também são parte importante desta demanda.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Sandra Maria Francisco de; CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery; MEZA, Eduardo Ramirez, organizadores. *Avaliação do processo de implantação do PAIR [Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro]*. Campo Grande : Ed. UFMS, 2008.

BRASIL, *Lei 4.513, de 1º de dezembro de 1964*. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, a ela incorporando o Patrimônio e as contribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Poder Legislativo. Brasília. Disponível: <http://www.presidencia.gov.br>. Acesso em 12 de fevereiro de 2011.

_____. *Lei 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Poder Legislativo. Brasília. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br>. Acesso em 13 de março de 2011.

_____. *Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br>. Acesso em 25 de agosto de 2010.

_____. *Projeto de Lei nº 7672/2010*, Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante. Em tramitação na Câmara dos Deputados. Brasília. Disponível em : <http://presidencia.gov.br>. Acesso em 28 de agosto de 2010.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; VERONESE, Josiane Rose Petry. *Violência doméstica, quando a vítima é criança ou adolescente; uma leitura interdisciplinar*. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2006.

CUSTÓDIO, André Viana. *Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente e Políticas Públicas: limites e perspectivas para erradicação do trabalho infantil doméstico*. In: Estudos Contemporâneos de Direitos Fundamentais. Organização de André Viana Custódio e Mônica Ovinski Camargo. Curitiba: Multidéia, 2008.

_____. *Direito da Criança e do Adolescente*. Criciúma: Unesc, 2009.

_____. *Teoria da Proteção Integral: Pressuposto para Compreensão do Direito da Criança e do Adolescente*. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/viewFile/657/454>. Acesso em 14 maio 2010.

GOMES, Rafael da Silveira; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; PINHEIRO, Roseni. *Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade in Construção Social da Demanda*. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

LIMA, Miguel M. Alves. *O Direito da Criança e do Adolescente: Fundamentos para uma Abordagem Principlológica*. Tese (Doutorado em Direito). Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001

MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade. *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: aspectos teóricos e práticos*. Editora Lúmen, Rio de Janeiro, 2ª edição, 2007.

NISHIOKA, Edi Luiza Napoli. *O direito fundamental à convivência familiar e Comunitária e as políticas públicas de atendimento à Criança e ao adolescente: uma análise no município de Criciúma entre os anos de 2005 e 2008*. Dissertação, Criciúma: Unesc, 2009.

PEREIRA, Tânia da Silva. *Direito da Criança e do Adolescente; uma proposta interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

RIZZINI, Irene. *O Século Perdido: Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Universitária Santa Úrsula: Amais, 1997.

SEGUNDO, Rinaldo. *Notas sobre o direito da criança*. Disponível em: <http://www.buscalegis.ccj.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/view/28351/27908>. Acesso em 2 maio 2010.

SOUZA, Jadir Cirqueira de. *Toque de Recolher: Um retrocesso Histórico*. Disponível em: <http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/sociedade/4154-toque-de-recolher-um-retrocesso-historico.html>. Acesso em 17 maio 2010.

VERONESE, Josiane Rose Petry. *Interesses Difusos e Direitos da Criança e do Adolescente*. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 1997.

O USO DE AGROTÓXICOS: A NECESSIDADES DE NOVAS ABORDAGENS PARA A SAÚDE PÚBLICA

Isabel Vieira Martins

Acadêmica da 6ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC,
sabel_martins31@yahoo.com.br

Josete Mazon

Mestre, Professora titular do Curso de Enfermagem – Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde da
Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, membro do NEPIES.

Mágada Tessman Schwalm

Mestre, Professora titular do Curso de Enfermagem – Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde da
Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, membro do NEPIES.

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre, Professora titular do Curso de Enfermagem – Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde da
Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, membro do NEPIES.

RESUMO

A base econômica de muitos municípios brasileiros é a agricultura. Com a crescente necessidade de uma produção agrícola que de conta das demandas populacionais, os trabalhadores rurais recorrem ao uso de agrotóxicos. Porém, a ação destes químicos não se dá apenas nas plantas e animais indesejáveis, mas, sobre a população em geral. O estudo buscou identificar os efeitos do uso de agrotóxicos na saúde da população do município de Turvo-SC. É resultado de uma pesquisa do tipo retrospectiva e documental, a partir das informações contidas em prontuários hospitalares de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Na coleta de dados foram observados: idade, sexo, local de moradia, profissão, queixa principal, evolução de enfermagem e diagnóstico médico. Na análise dos resultados constatou-se que os agrotóxicos que causaram mais intoxicações no município pesquisado são do grupo dos organofosforados. Os dois grupos estudados trabalhador rural e trabalhador não rural apresentaram intoxicações por agrotóxicos. Quanto aos sinais e sintomas, o grupo dos trabalhadores rurais de ambos os sexos apresentou maior frequência de problemas nervosos/psíquicos comparados com a população não rural do sexo masculino. Analisando os homens de ambos os grupos, os homens rurais tiveram maior incidência de problemas nervosos/psíquico seguido do trato gastrointestinal, circulatório e o sistema reprodutor. Os problemas com os sistemas hematopoiético, endócrino, geniturinário apareceram com maior frequência em homens não rurais. Os resultados mostram que os agrotóxicos podem estar diretamente e/ou indiretamente afetando a saúde da população do município de Turvo. O preenchimento incompleto dos prontuários e a falta do levantamento quanto à história ocupacional do paciente dificultou a coleta de dados e a veracidade do diagnóstico. Fica a lacuna para que o governo, gestores e profissionais do setor da saúde ou não debatam sobre novas pesquisas e políticas de saúde pública.

Palavras-chave: Trabalhadores Rurais; Agrotóxicos; Contaminação.

ABSTRACT

The economic base of many municipalities is agriculture. With the growing need for agricultural production that favors population demands, the workers using pesticides. However, the action of these chemicals does not affect only the unwanted plants and animals, but on the general population. The study sought to identify the effects of pesticide use in the health of the city of Turvo-SC. It is the result of a retrospective survey and documentary, from information contained in hospital records from January 2000 to December 2010. In collecting data were observed: age, sex, residence, profession, chief complaint, the evolution of nursing and medical diagnosis. In analyzing the results show that pesticide poisoning that caused most of the city studied is the group of organophosphates. The two groups did not farm worker and rural worker had pesticide poisoning. The signs and symptoms, the group of rural workers of both sexes had a higher frequency of nervous disorders / mental compared to the rural population is not male. Analyzing the men of both groups, rural men had a higher incidence of nervous disorders/mental followed by gastrointestinal, circulatory and reproductive systems. The problems with the hematopoietic system, endocrine, genitourinary appeared more frequently in non-rural men. The results showed that pesticides may be directly and / or indirectly affecting the health of the population of the municipality of Turvo. Completion of incomplete records and lack of survey on the occupational history of the difficult patient data collection and accuracy of diagnosis. It is the gap for the government, managers and professionals in the health sector or not debate on new research and public health policies.

Keywords: Rural Workers; Pesticides; Contamination.

INTRODUÇÃO

O município de Turvo está localizado na região do extremo sul do estado de Santa Catarina, com 11.854 habitantes, referente à contagem da população realizada pelo IBGE (2010). Tornou-se conhecido pelo título de Capital da Mecanização Agrícola e pelo cultivo do arroz.

Tanto para as plantações de arroz quanto para os outros cultivos presentes no município (fumo, milho, feijão, banana e etc.) são utilizados uma variedade de agrotóxicos.

Diferentes termos são usados para expressar “uma ampla gama de agentes químicos e biológicos com atividades diversas, para controlar ou eliminar plantas ou animais indesejáveis, incluindo insetos” (NUNES; TAJARA, 1998). São eles: “pesticidas, praguicidas, biocidas, fitossanitários, agrotóxicos, defensivos agrícolas, venenos e remédios”. A lei Federal Nº. 7802/07/1989 e o Decreto 4.074/01/2002 utilizam o termo agrotóxico (BRASIL, 2006).

Os agrotóxicos são classificados de acordo com o tipo de praga a ser controlada ou destruída e quanto a sua toxicidade. Os principais tipos são: inseticidas, fungicidas e herbicidas. Outros grupos importantes são raticidas, acaricidas, nematocidas, molusquicidas e fungicidas (BRASIL, 1996).

Stoppelli (2005) ressalta que “os praguicidas permanecem ao longo da cadeia alimentar levando ao fenômeno ecológico chamado de biomagnificação, que é o aumento das concentrações de uma determinada substância de acordo com o aumento do nível trófico”.

O interesse pelo estudo dos efeitos nocivos dos agrotóxicos surgiu pela preocupação de residir em uma região no qual predomina a agricultura. Costa et al (2008) e Silva et al (2009) encontraram pelo menos um agrotóxico em nível detectável nos rios do município de Turvo e Meleiro (cidade vizinha).

De acordo com Brasil (2006)

Além da exposição ocupacional, a utilização doméstica, a exposição acidental e intencional, a contaminação alimentar e ambiental colocam em risco de intoxicação outros grupos populacionais. Merece destaque as famílias dos agricultores, a população circunvizinha a uma unidade produtiva agropecuária e a população em geral, que se alimenta do que é produzido no campo (BRASIL, 2006, p.11).

“A intoxicação crônica caracteriza-se por surgimento tardio, em meses ou anos, por exposição pequena ou moderada a produtos tóxicos ou a múltiplos produtos, acarretando danos irreversíveis, do tipo paralisias e neoplasias (STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005 apud PERES, 1999).

Através do exposto, o objetivo do estudo foi analisar a incidência de distúrbios em trabalhadores rurais, não rurais e crianças, sugestivos da ação do uso de agrotóxicos no município de Turvo-SC.

METODOLOGIA

O presente artigo é resultado de uma pesquisa do tipo descritiva, retrospectiva e documental, a partir das informações contidas em prontuários hospitalares.

A população deste estudo foi de 21.291 prontuários de internação no Hospital São Sebastião de Turvo - SC a partir de Janeiro de 2000 a dezembro de 2010.

Após a seleção, a amostra foi de 2.919 prontuários que atendiam os fatores de inclusão e exclusão do projeto.

Os dados analisados nos prontuários foram idade, sexo, local de moradia, profissão, queixa principal, evolução de enfermagem e diagnóstico médico. Fizeram parte da amostra prontuários que pertenciam aos pacientes moradores do município de Turvo, classificados em trabalhadores rurais, não rurais e crianças.

Posteriormente os dados foram tabulados em planilhas do pacote estatístico do Office Excel 2007.

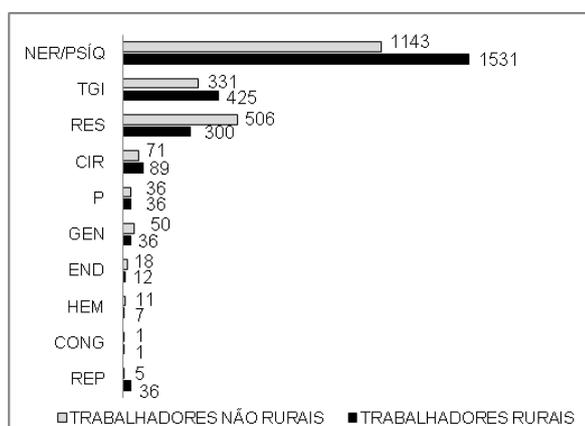
RESULTADOS

Para análise dos resultados, os prontuários foram classificados em dois grupos: 1.159 trabalhadores rurais e 1.760 de não trabalhadores rurais.

Na análise dos resultados, cada pessoa apresentou mais de um sinal e sintoma. Ao comparar os sinais e sintomas dos trabalhadores rurais e não rurais do sexo masculino os sistemas mais afetados nos trabalhadores rurais foi o nervoso e psíquico, seguido do trato gastrointestinal, circulatório e o sistema reprodutor. Os problemas com os sistemas hematopoiético, endócrino, geniturinário apareceram com maior frequência em homens não rurais. Os sintomas apresentados na pele foram iguais em ambos os grupos, Figura 1.

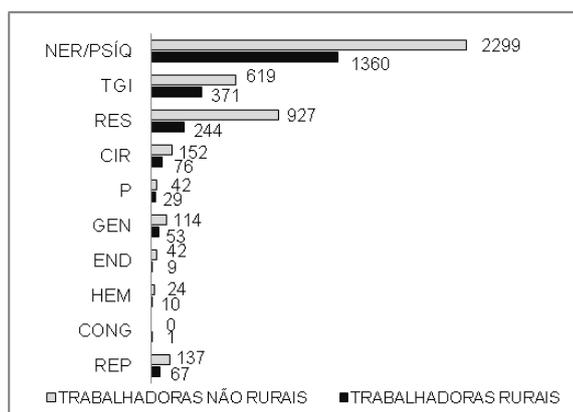
Em relação aos prontuários do sexo feminino, devido ao dobro de internações das mulheres não rurais, estas obtiveram maior índice quanto aos sistemas afetados quando comparadas com as mulheres rurais.

Figura 1 - Sinais e sintomas apresentados pelos Trabalhadores Rurais e Não Rurais do sexo masculino do município de Turvo, de 2000 a 2010.



Nota: NERV/PSÍQ= Nervoso/Psíquico; TGI = Trato gastrointestinal; RES= Respiratório; CIR= Circulatório; P = Pele; GEN = Geniturinário; END = Endócrino; HEM = Hematopoiético; CONG= Congênito; REP= Reprodutor.

Figura 2 - Sinais e sintomas apresentados pelas Trabalhadoras Rurais e Não Rurais do sexo feminino do município de Turvo, de 2000 a 2010.



Nota: NERV/PSÍQ= Nervoso/Psíquico; TGI = Trato gastrointestinal; RES= Respiratório; CIR= Circulatório; P = Pele; GEN = Geniturinário; END = Endócrino; HEM = Hematopoiético; CONG= Congênito; REP= Reprodutor;

Ao comparar os dois grupos estudados encontramos 11 casos de tentativa de suicídio na população rural (8 casos em mulheres e 3 em homens) contra 7 casos na população não rural (6 casos em mulheres e 1 em homens).

Ao analisar os problemas congênitos, observamos a ocorrência de 1 caso em ambos os sexos de trabalhadores rurais, mas, somente 1 caso no sexo masculino não rural.

Foram diagnosticadas 27 intoxicações de moradores do município de Turvo, sendo 19 intoxicações de trabalhadores rurais (16 intoxicações em homens e

3 em mulheres), 5 em trabalhadores não rurais masculinos e 3 intoxicações em crianças (1 no sexo masculino e 2 feminino).

Dos produtos que causaram as intoxicações, 8 eram do grupo dos organofosforados, 2 Furadan®, 1 herbicida, 1 fungicida, 1 “veneno”, 7 “venenos” de fumo e 7 agrotóxicos, descrição encontradas nos prontuários.

DISCUSSÃO

De acordo com a Anvisa (2006), o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de agrotóxicos.

E, “os efeitos nocivos dos agrotóxicos sobre a saúde não dizem respeito somente aos trabalhadores, mas à população em geral” (BRASIL, 2005).

Muitos pesticidas se modernizaram e tiveram seu poder de persistência diminuído no meio ambiente. Metabólitos desses produtos químicos podem ter ações tão danosas quanto as dos produtos que os originaram, até mesmo com maior poder de ação sinérgica com outros compostos químicos (STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005).

“Os agrotóxicos podem atingir as águas superficiais por drenagem, percolação lateral, escoamento superficial e subsuperficial, erosão, deriva e volatilização” (SILVA et al, 2009). Tem sido apontada a cultura do arroz irrigado, comum no sul do Brasil, com alto potencial contaminante dos mananciais hídricos. Como já mencionado, foi encontrado pelo menos um agrotóxicos em nível detectável no município de Turvo.

“A aplicação de agrotóxicos pode resultar num espalhamento a distância de até 900 metros, acarretando altos níveis dos pesticidas na poeira doméstica e em amostras de sangue de crianças” (STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005 apud WARD et al, 2000).

“A Organização Mundial da Saúde – OMS estima que 70% das intoxicações agudas por exposição ocupacional são causadas pelos inseticidas organofosforados” (STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005 apud GARCIA, 2001).

E, “a exposição ocorre tanto em áreas rurais quanto em zonas urbanas, o que coloca a população geral exposta aos danos causados por essas substâncias”. Um estudo de coorte retrospectivo em um orquidário na área urbana de Petrópolis

(RJ) “aponta que pessoas que ficaram mais tempo expostas às substâncias, por passarem mais tempo em casa, tiveram mais chance de se intoxicar” (BRASIL, 2009)

Os agrotóxicos organofosforados “atuam inibindo as colinesterases, principalmente a acetilcolinesterase (AchE; EC3.1.1.7), aumentando o nível de acetilcolina nas sinapses” (CAVALIERE et al, 1996). Esse acúmulo de acetilcolina nas sinapses leva a superestimulação dos sistemas nervoso autônomo e somático (LOUIS et al, 2005).

“A exposição também está associada a uma larga faixa de sintomas, bem como déficits significativos da performance neurocomportamental e anormalidades na função do sistema nervoso” (ARAÚJO, 2007).

Nos receptores muscarínicos, os efeitos dos agrotóxicos organofosforados e carbamatos consistem em diarréia, incontinência urinária, lacrimejamento, êmese, miose, salivação, bradicardia, broncoespasmo e broncorréia. A estimulação dos receptores nicotínicos causa fraqueza muscular, fasciculações, paralisia, diaforese, midríase, taquicardia e hipertensão. Os efeitos no sistema nervoso central incluem ansiedade, agitação, letargia, confusão, psicose, convulsões e coma (LOUIS et al, 2005).

Outros compostos como organoclorados levam a sintomas neurotóxicos como irritabilidade, confusão, tremores, parestesias, convulsões e coma. Tem sido relato insuficiência respiratória, arritmias, êmese, lesão hepática, comprometimento renal após exposição aos organoclorados. Já, “as mortes por intoxicação com organofosforados e carbamatos ocorrem secundariamente à insuficiência respiratória e colapso cardiovascular” (LOUIS et al, 2005).

Um estudo divulgado pela Anvisa (2006) mostrou que “proporcionalmente, o número de mortes em decorrência de asma na cidade do Recife é maior que no município de São Paulo. Apesar do clima na capital paulista ser mais favorável ao surgimento dessa doença, o grande uso de inseticidas domésticos na capital pernambucana faz com que Recife apresente uma taxa alta de mortalidade por asma”.

“Algumas condições como idade, gênero, via e dose de exposição contribui para uma maior suscetibilidade individual, de maneira que crianças, idosos e mulheres em idade fértil constituem grupos populacionais de especial risco aos agrotóxicos” (BRASIL, 2009)

Um estudo realizado nos Estados Unidos chegou à conclusão de que “mais de um milhão de crianças abaixo de 5 anos, naquele país, estão expostas diariamente a doses não seguras de inseticidas organofosforados”. Isto porque, as crianças ainda não tem um sistema de defesa completamente desenvolvido e “possuem a taxa de ingestão de alimentos por peso corpóreo maior que os adultos, o que pode submeter essa faixa da população a um risco maior” (CALDAS; SOUZA, 2000).

Em um estudo com agricultores na serra gaúcha, os autores encontraram forte associação entre intoxicação por agrotóxicos e morbidade psiquiátrica menor. Outro estudo em Mato Grosso do Sul relacionou a prevalência das tentativas de suicídio à exposição aos organofosforados, monocrotófos e metamidofós (FARIA et al, 1999; SIQUEIRA; KRUSE, 2008).

“Em relação ao contexto de vulnerabilidades quanto à exposição, há grande subnotificação de intoxicações por agrotóxicos no Brasil. Estima-se que para cada caso registrado ocorrem outros 50 sem notificação, ou com notificação errônea” (BRASIL, 2009)

“Muitos sinais e sintomas de intoxicação por agrotóxicos podem ser confundidos com outros problemas de saúde.” Assim, para um diagnóstico correto é necessário que o profissional de saúde faça um histórico ocupacional e ambiental com todos os pacientes que apresentarem sinais e sintomas sugestivos (BRASIL, 2005).

CONCLUSÃO

Concluimos que os agrotóxicos mais usados no município de Turvo são do grupo dos organofosforados, os quais podem estar diretos e/ou indiretamente afetando a população do município, devido o número de sinais e sintomas que sugerem intoxicação por estes produtos. O estudo apresentou limitações devido à falta de informações contidas nos prontuários e à dificuldade de se estabelecer um grupo controle, os trabalhadores rurais, não rurais e crianças apresentaram intoxicação por agrotóxicos. Este estudo deixa a lacuna para que o governo, gestores e profissionais do setor ou não da saúde debatam sobre novas pesquisas e políticas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resíduos de agrotóxicos em alimentos. *Rev Saúde Pública* 40(2):361-3; 2006.

ARAÚJO et al. Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais, Nova Friburgo, RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1):115-130, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 89, de 27 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos. Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada. Agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Vigilância do câncer ocupacional e ambiental. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Brasília, 1996.

CALDAS ED, SOUZA LCKR. Avaliação de risco crônico da ingestão de resíduos de pesticidas na dieta brasileira. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34(5):529-37.

CAVALIERE et al. Miotoxicidade por organofosforados. *Rev Saúde Pública*, 30 (3): 267-72, 1996.

COSTA LLF, SANT'ANA ES, SUCHARA EA, BENATO VS, CARASEK E. Determinação de herbicidas usados no cultivo de arroz irrigado na região sul do estado de Santa Catarina através da SPME-GC-ECD. *Quím. Nova*, vol. 31. No. 1, 7-83, 2008.

Faria et al. Estudo Transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev Saúde Pública*, 33 (4), 391-400, 1999.

IBGE(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Contagem da população 2010. [Internet] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 27 fev. 2010.

LOUIS, J.L et al. Segredos em toxicologia: perguntas e respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, no Serviço de Emergência, em exames orais e escritos. Tradução: Fischman CB, Bolner AR. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 372.

NUNES MV, TAJARA EH. Efeitos tardios dos praguicidas organoclorados no homem. Delayed effects of organochlorine pesticides in man. *Rev Saúde Pública*, 32 (4): 372-82, 1998.

SILVA et al. Monitoramento de agrotóxicos em águas superficiais de regiões orizícolas no sul do Brasil. *Ciência Rural*, Santa Maria, v.39, p.2383-2389, dez. 2009.

SIQUEIRA SL, KRUSE MHL. Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. *Rev Esc Enferm Usp*; 42 (3): 584-90; 2008.

STOPPELLI IMBS, MAGALHÃES CP. Saúde e segurança alimentar: a questão dos agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup): 91 – 100; 2005.

OS DESAFIOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DO IDOSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Monica Wusnieski Bif

Enfermeira. Pós-Graduada em Administração de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC) Email: monicabif@hotmail.com.

Maria Salete Salvaro

Enfermeira . Mestre. Professora do Curso de Enfermagem da UNESC. Email: mssalvaro@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Enfermeira. Mestre em Educação Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNESC. Email. mts@unesc.net

Karina Cardoso Gullis Zimmermann

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de enfermagem da Unesc. Email. Karina@unesc.net

RESUMO

Ao longo do século presenciamos importantes transformações no perfil epidemiológico da População Brasileira. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se para o ano de 2050 cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos (60) ou mais no mundo. A maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos. A pesquisa trata-se de um estudo qualitativo-descritivo-exploratório de campo, cujo objetivo principal buscou – se identificar os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência emergência. O estudo foi realizado através de amostra intencional com cinco profissionais da equipe de enfermagem atuantes num serviço de urgência e emergência de um Pronto Socorro de um Hospital Geral do Sul de Santa Catarina, no período de Junho e Julho de 2011. Os dados foram levantados através da aplicação de uma entrevista estruturada com os sujeitos pesquisados. Os resultados apontaram que os maiores desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência está relacionado ao pouco comprometimento do familiar com a dinâmica e a manutenção do cuidado ao idoso.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Saúde do Idoso; Emergências; Envelhecimento.

ABSTRACT

Brazilian epidemiological profile has presented important changes throughout the century. Aging, once considered a phenomenon has become part of the reality of most societies nowadays. The world is aging. According to World Health Organization (WHO), about two billion people at the age of sixty (60) or over are estimated for the year 2050 in the world, most of them living in developing countries (WHO, 2000). In Brazil, currently, it is estimated that there are about 17.6 million elderly people. This is a descriptive, qualitative and exploratory study, aiming at identifying nursing challenges in care for the elderly in urgency and emergency. The study was carried out through an intentional sample of five professionals of the

nursing staff working in the emergency room of a General Hospital in the south of Santa Catarina, within the period of June and July, 2011. Data were collected from a structured interview with the subjects studied. The results show that the greatest nursing challenges in care for the elderly in urgency and emergency is related to the little familiar commitment to the dynamics and maintenance of elderly care.

Keywords: Nursing; Elderly People; Urgency and Emergency; Human aging.

INTRODUÇÃO

Estudos apontam que o Brasil será nas próximas décadas o sexto País com maior percentual de idosos dentro da sua população geral. Em termos proporcionais a faixa etária que mais cresce é a dos indivíduos com mais de 60 anos de idade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado 15 vezes, enquanto a população total em 5. Em 2025 o país contará com um contingente superior a 32 milhões de pessoas na chamada Terceira Idade (BRASIL, 1999). Isso significa que em menos de 30 anos a população de idosos será proporcional ao que hoje é encontrada em países desenvolvidos, com sérias implicações para o setor da saúde. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000).

É notável que os profissionais de saúde, em todos os segmentos, possuem déficit na formação, sendo que muitas das instituições de ensino não despertou ainda para o atual processo de transição demográfica e epidemiológica e suas conseqüências médico-sociais. Segundo Lourenço *et al.* (2005) é necessário que se formule novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que possam ter um bom êxito no sentido de englobar as diferentes condições de saúde do segmento, respeitando suas características e peculiaridades, adequando modelos técnicos e assistenciais à realidade desta população.

De modo geral as doenças presentes na população idosa são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, necessitam de tratamento farmacológico e acompanhamento de saúde contínuos. Além disso, os idosos geralmente possuem múltiplas queixas, o que leva a atendê-lo de forma integral, contemplando o idoso como pessoa holística. A enfermagem tem como filosofia assistir o paciente holisticamente. Neste sentido, Zinn e Gutierrez (2008), descreveram que o cuidar abrange as necessidades relacionadas aos aspectos físicos, emocionais, sociais e

espirituais.

Ao decorrer das vivências e experiências profissionais como Enfermeiras assistenciais tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar, percebeu-se uma grande demanda de atendimentos realizados com a população idosa. Houve grande procura pelos serviços, enfrentamentos e diferenças dessa parcela da sociedade em relação aos adultos jovens, não somente nas suas capacidades de enfrentamento e superação de questões patológicas específicas como na própria questão do atendimento inicial em si, realizado pelos profissionais nos setores de urgência e emergência, de instituições tanto privadas quanto públicas. Em todas as experiências foi observado certas dificuldades pelos profissionais no atendimento ao idoso, bem como suas famílias, principalmente quando o mesmo se encontra numa situação de risco, de urgência e emergência. Na tentativa de entender este processo de cuidar, chegou-se a necessidade de aprofundar este tema, levantando dados que possam ajudar a responder quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva e de campo. A pesquisa foi desenvolvida no serviço de Urgência e Emergência de um Pronto Socorro de um hospital de médio porte e média complexidade da região sul do estado de Santa Catarina. A escolha dos participantes ocorreu a partir da aceitação de convite verbal. Os que aceitarem participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). A população alvo foi composta por cinco integrantes da equipe de enfermagem atuantes no Pronto Socorro do Hospital. A abordagem dos participantes foi efetuada durante do horário de trabalho. A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista estruturada, realizada no período de junho e julho de 2011. Os dados foram analisados por temáticas com análise dos conteúdos (MINAYO, 2002). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense, instituição formadora e responsável pela liberação da pesquisa, sob o nº 167/2011.

RESULTADOS

Caracterização dos Atores Sociais

Em relação aos dados característicos dos entrevistados, dois são Enfermeiros e três são Técnicos de Enfermagem, quatro deles são do sexo feminino e um do sexo masculino; a média de idade dos participantes situou-se na faixa etária de 38 anos; a maioria deles eram casados, sendo apenas um solteiro; três deles trabalhavam no Pronto Socorro no turno diurno e dois no noturno; o tempo de trabalho na Instituição dos participantes variou entre 2 a 18 anos; a média do tempo de atuação propriamente dito no setor de Urgência e Emergência em torno de quatro anos.

Saúde do Idoso em Urgência e Emergência

Percebemos que os entrevistados expressaram importância de se ter uma abordagem integral aos idosos que procuram o serviço de urgência e emergência do Hospital:

É importante o cuidado com o idoso não somente na realização das técnicas, mas o cuidado integral, aquele que cuida da mente, corpo e espírito. (Técnica de Enfermagem 1).

Nas unidades de emergências teremos sempre contato com os idosos, pois este é o curso natural da vida, as pessoas envelhecem e adoecem. Por isso devemos voltar nossos olhos aos idosos com o intuito não só de curar, mas sim de cuidar, levando em consideração a dor, o sofrimento, bem como a cultura, a posição social e familiar. Muitas vezes as últimas pessoas com quem esses idosos entram em contato são as pessoas da equipe de enfermagem de um Pronto Socorro, por isso a nossa responsabilidade de prestar um bom atendimento a eles. (Enfermeira 1).

A saúde do idoso no âmbito hospitalar, mais precisamente num serviço de urgência e emergência, deste modo, está diretamente ligada a forma de como se busca atender este paciente, sendo que o mesmo geralmente se apresenta debilitado, necessitando de atenção rápida e agilidade na realização dos procedimentos, porém muitas vezes a abordagem é difícil pelas próprias limitações que ele apresenta ou seja as condições físicas e mentais decorrentes do próprio processo de envelhecimento ou de complicações patológicas.

O Estatuto do Idoso, em seu Art. 18, cita que “as Instituições de Saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda” (BRASIL, 2003).

Conceitos específicos da gerontologia como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação) não constam habitualmente dos conteúdos de formação dos profissionais, mas são operacionais para a proposição de condutas adequadas. Intervenções baseadas em tal moldura extrapolam o modelo biomédico, hegemônico. Assim, de forma geral, pode-se afirmar que a Saúde do Idoso em âmbito hospitalar, mais precisamente nos serviços de urgências e emergências ainda é um desafio. Os profissionais reconhecem a importância de uma abordagem mais adequada a este tipo de paciente, porém a realidade mostra que ainda existe muito caminho a percorrer. Iniciando pela conscientização dos profissionais atuantes nesses setores, principalmente as Instituições de Saúde que lidam diariamente com o grande número de pacientes idosos em suas unidades de observação e internação, o que leva a grandes gastos com saúde, a saber também, que o paciente idoso possui maior risco de óbito ou a desenvolver seqüelas secundárias as suas patologias de base, se não bem cuidados. O pronto socorro é um setor crítico, e além disso, porta de entrada desses pacientes. É neste local que se toma decisões importantes sobre a conduta que deve ser tomada em cada caso específico, que se faz escolhas que determinarão ou não o sucesso do tratamento posterior. Tempo, neste caso, é um fator importante que influencia muito no atendimento do paciente idoso, até pelo fato de ser um paciente mais frágil e que conseqüentemente demanda maior atenção.

Atendimento do Idoso e da Família em Urgência e Emergência

Com base no levantamento de estudos anteriormente realizados, observou-se que alguns serviços de saúde geralmente apresentam deficiências:

- quanto à estrutura e organização para manter um acompanhante para o idoso internado;
- encaminhamentos para serviços de referência;
- fluxo de atendimento;

- protocolos clínicos específicos;
- fichas de notificação;
- suporte aos idosos;
- cuidadores; e
- capacitação profissional e definição do fluxo para tal população.

A análise dos resultados demonstrou que os serviços de saúde que atendem os idosos não apresentam o perfil adequado e integral necessário ao atendimento dessa população, considerando as suas peculiaridades. Observou-se a necessidade de organização, reestruturação e ampliação da rede de assistência em saúde à pessoa idosa além de profissionais e gestores mais sensibilizados, por se tratar de um grupo que requer maior atenção pela sua vulnerabilidade à exposição a acidentes, violência e outros agravos à saúde (LIMA *et al.*, 2010).

Com a demanda crescente do segmento etário mais envelhecido, a rede de serviços de saúde necessita adaptar-se ao atual perfil demográfico e epidemiológico, ampliando a oferta de atendimento especializado de geriatria com grande enfoque na resolutividade de seus problemas. A rede de saúde necessita ser capaz de identificar idosos fragilizados, isto é, aqueles com maior risco de desenvolver incapacidade funcional, atentando-se para o fato que o idoso pode apresentar um quadro grave de urgência e emergência sendo o mesmo sutil, discreto e silencioso. Necessita ainda, acompanhar de forma eficiente os de menor risco, paralelamente ao desenvolvimento de ações e atividades de educação e promoção de saúde. Um modelo eficiente de atenção à saúde do idoso precisa, portanto, ser construído a partir de uma lógica própria, que compreenda atividades organizadas num fluxo hierarquizado. Tais atividades, embora possam ser executadas de forma independente, se inter-relacionam. Esse conjunto de ações é constituído por um fluxo de atividades de promoção de saúde, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças e referenciamento para centros de avaliação e reabilitação. O cuidado hospitalar não é contemplado, muitas vezes, nas propostas de atenção à saúde do idoso. Ao pensar em um diferente modo de atenção à saúde da população idosa, é necessário que possa ser utilizado em diferentes cenários, em diferentes modelos assistenciais, flexível o suficiente para adaptar-se às suas características, sem perder sua identidade própria (LOURENÇO *et al.*, 2005).

Nesse contexto, ao serem abordados os entrevistados sobre a relação que estabelecem com a família do paciente idoso no setor de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem afirmaram unanimemente que a presença do familiar/acompanhante é fundamental para o cuidado com o idoso. Dentre as falas dos entrevistados pode-se analisar que o familiar é de suma importância para a eficiência do tratamento para com o idoso:

É muito importante a presença do familiar junto ao paciente sim, porque geralmente são pacientes mais fragilizados, mais complicados e o familiar muitas vezes ajuda quando o paciente não consegue se comunicar direito, e em outros cuidados também. (Técnica de Enfermagem 2)

Em todos os casos abordados, os profissionais de enfermagem relataram que o atendimento do paciente idoso requer sim, a presença do familiar/acompanhante sempre, que possível. Além do mais, a falta do mesmo é considerada abandono, existe uma preocupação dos profissionais em garantir os direitos dos idosos e sua proteção no cuidado.

Ao serem entrevistados sobre a realização da dispensação de cuidados de enfermagem ao paciente idoso numa situação de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem afirmaram que o idoso tem preferência no atendimento sempre que o mesmo se fizer necessário. O serviço não possui uma triagem sistematizada e efetiva e a realização dos atendimentos (gerais), é realizado segundo ordem de chegada conforme rotina estabelecida, ou seja, conforme os atendimentos médicos realizados através de consultas ou ordem de prioridade quando se fizer necessário, isto é, em caso que requeira atendimento médico imediato (emergência).

O idoso tem prioridade no atendimento, porém a triagem é feita por ordem de chegada. Quando os recepcionistas nos chamam relatando que há alguém que não está se sentindo bem, passamos esta pessoa na triagem antes das outras. (Enfermeira 1)

O paciente idoso não tem atendimento preferencial em relação a outros pacientes de outras faixas etárias. A definição das prioridades de atendimento é realizada conforme a necessidade de cada paciente dependendo do quadro de saúde em que cada um se encontra. A equipe de enfermagem entende que o idoso, em razão das alterações características do envelhecimento, requer cuidados específicos, porém nem sempre as identifica.

Inicialmente, o cuidado para com o paciente idoso exige, por parte da enfermagem, a avaliação integral do idoso, especialmente quando este é submetido a procedimentos mais complexos e passa por situações mais delicadas ou de risco de vida. É fundamental reconhecer, com precisão, as alterações que levaram o idoso ao Pronto Socorro, particularmente se este estiver em situação de risco, a fim de instituir cuidados dirigidos aos idosos mais susceptíveis de complicação. Essa avaliação prioritária requer o desenvolvimento de conhecimentos, tolerância e paciência da equipe de enfermagem, com o intuito de identificar os diversos problemas apresentados pelos idosos. É preciso reconhecer que o idoso requer cuidados individualizados, personalizados e planejados por parte da enfermagem, em função de suas características particulares. A permissão do acompanhante é um direito que consta no Estatuto do Idoso, embora esse acompanhante também seja considerado como uma ajuda para o profissional. O *déficit* de recursos humanos constatado nos ambientes hospitalares justifica esta atitude de aproximação, de ajuda no cuidado por parte do acompanhante porém, é primordial utilizar a observação atenta da equipe de enfermagem no que se refere às possíveis transferências de responsabilidade da mesma para os acompanhantes. (LENARDT *et al.*, 2010).

Para a recuperação do idoso hospitalizado, é importante a presença do acompanhante, porém, é preciso a consciência de que, nessa situação, a responsabilidade pelos cuidados ao idoso é da equipe de enfermagem.

Em relação as dificuldades do atendimento ao paciente idoso em situação de urgência e emergência, três dos profissionais de enfermagem entrevistados negaram possuir alguma dificuldade, porém dois deles relataram que a comunicação geralmente pode se tornar um problema durante a realização desse atendimento tornando – se assim uma dificuldade a ser enfrentada pelos mesmos conforme falas a seguir:

Sim, tenho dificuldade quando vou atender um paciente que não consegue se comunicar direito. Daí é complicado pra gente por que não se entende o que ele quer dizer, principalmente quando o paciente idoso. A gente tem que chamar o familiar para ajudar a decifrar o que ele quer dizer, e tem aqueles também que são sequelados de AVC, enfim, para atender o idoso é tudo mais complicado. (Técnica de Enfermagem 2).

Não teria nenhuma dificuldade, porém a mesma surge nos casos emergentes, mais graves, quando o idoso não consegue se comunicar ou se comunica de forma que agente não consegue compreender direito.

(Enfermeira 1).

O profissional deve estar atento à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento. Outro ponto a ser considerado é que a pessoa idosa pode ter perdido, ou mesmo apresentar dificuldades de escrever, falar, ler ou entender o que os outros dizem, em consequência de alterações neurológicas. A falta dessas habilidades prejudica sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, auto-estima e qualidade de vida. Essas dificuldades estão associadas, geralmente, à compreensão da linguagem e não à capacidade intelectual. Falar mais pausadamente, não mudar o assunto bruscamente e utilizar gestos e objetos enquanto fala ou orienta, podem auxiliar no processo de comunicação e devem sempre ser considerados (BRASIL, 2006a).

Desafios do Cuidado de Enfermagem ao Idoso em Urgência e Emergência

A saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. Velhice não pode ser sinônimo de doença. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (BRASIL, 2006b).

Em relação aos desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência, os profissionais de enfermagem entrevistados relataram que os maiores desafios concentram-se em: quando os familiares não permanecem com os pacientes para acompanhá-los e quando o paciente idoso não adere ao tratamento, ou torna-se agressivo, conforme algumas falas a seguir:

O paciente idoso é sempre mais delicado, é tipo criança, porém ainda mais complicado. Fica difícil quando o paciente não adere ao tratamento, quando não se cuida em casa e depois que complica tem que vir pra cá, e quando fica teimoso ou agressivo, não entende o objetivo do tratamento. (Técnica de Enfermagem 2)

Fazer com que a equipe de enfermagem e até mesmo que alguns familiares levem a sério o cuidado com o idoso, respeitando-o em sua totalidade (principalmente com seus sentimentos, com seu pudor). (Enfermeira 1)

Os enfermeiros das Unidades de emergência, por possuírem maior domínio e rapidez nas ações e modos de cuidar especiais, voltados para clientes portadores de patologias/agravs à saúde de urgências e emergências, a partir de protocolos criados e aprovados por esses serviços, devem atuar conforme um processo gerenciado de cuidado, acompanhando os pacientes em todo seu processo clínico, até a definição e conclusão do seu tratamento. O enfermeiro de emergência necessita estar apto para obter uma história do paciente, exame físico, executando tratamento imediato, preocupando-se com a manutenção da vida e orientação dos pacientes para a continuidade de tratamento. Devem aliar sua fundamentação teórica à capacidade de liderança, iniciativa e habilidades assistencial e de ensino. Precisa ter raciocínio rápido e capacidade de liderança, pois é responsável pela coordenação de uma equipe de enfermagem e é parte vital e integrante da equipe de emergência. Tal coordenação tem início na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, com abertura de um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. Pela própria característica da unidade de emergência, que se relaciona com todos os outros setores do hospital, assim como com todos os multiprofissionais que nela atuam, é necessário fortalecer o trabalho na emergência com um modelo de gerenciamento que vise ao paciente como um todo, focado na continuidade do tratamento e do atendimento. O enfermeiro pode ser o profissional responsável para atuar gerenciando cada caso, para direcionar e integrar os pacientes, favorecendo seu vínculo com a equipe de saúde — inclusive um médico assistente —, a rede básica de saúde e sua operadora de saúde. (VALENTIM ; SANTOS, 2009).

Um serviço de urgência e emergência será sempre, por sua natureza, um setor crítico, que exigirá dos membros da equipe de enfermagem que ali atuam, objetividade, habilidade e destreza técnica, agilidade, capacidade de tomada de decisão rápida e eficaz, raciocínio rápido, compromisso, responsabilidade, mas ao mesmo tempo, paciência, controle emocional, capacidade de lidar com situações extremas de alto nível de estresse, empatia, ética e capacidade para trabalho em equipe com organização e capacidade de delegação e aceitação de tarefas. Os

profissionais necessitam garantir um atendimento humanizado, a informação ao paciente e à família, bem como sua participação, e um atendimento personalizado e comprometido, afinal ninguém é igual a ninguém e da mesma forma, o mesmo caso pode se comportar de maneiras diferentes entre um paciente e outro, não generalizar as situações, em emergências muitas vezes, protocolos prontos terão de ser quebrados em virtude do bem-estar daquela vida que ali se encontra. Excluindo as situações mais graves, outros idosos, geralmente, são atendidos ambulatorialmente, sendo assim pode-se prestar um cuidado com qualidade e uma atenção individualizada adequada para com o paciente e seu familiar. É de responsabilidade da equipe de enfermagem o controle de qualidade do cuidado realizado..

Desta forma, quando se fala em refletir sobre quais são os maiores desafios do cuidado de enfermagem ao atendimento do paciente idoso nas urgências e emergências, percebe-se que é, em despertar os profissionais para a importância de se refletir sobre a sua prática, os valores envolvidos bem como a sustentabilidade das ações integradoras do trabalho de enfermagem, aquelas que ajudam a desenvolver um caráter humano, generoso, equitativo, uniforme, unânime, responsável e competente não somente em níveis técnicos mas, bem como, relacionais com os membros da equipe e outros da equipe de saúde em geral, éticos e universais. A Família é parte integrante do cuidado, não pode ser considerada um fim em si mas um meio que auxiliará no tratamento e recuperação do idoso, bem como sua reintegração na sociedade. A família não pode ser uma “pedra no sapato” para a equipe de enfermagem, mas sim pessoas que participam da dinâmica deste idoso, tanto nas urgência e emergências quanto em situações clínicas não críticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que prestam atendimento nos serviços de urgência e emergência necessitam ter como objetivo primeiro, a busca do bem-estar do paciente e os deveres associados a esses objetivos são a veracidade e o atendimento da necessidade real ou presumida, devendo ser avaliadas conforme a gravidade do quadro de saúde. A situação de emergência caracteriza-se por ser aquela em que não pode haver protelação no atendimento, o mesmo deve ser

realizado num período que não exceda a duas horas, sendo assim, o atendimento de urgência e emergência deve ser realizado usando critérios de gravidade, onde os pacientes em situação de emergência têm prioridade em relação aos demais (GATTIS, 2008).

O presente estudo analisou quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência emergência tendo como referência a realidade de um Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina.

Constatamos que, os maiores desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência são: o insuficiente comprometimento da familiar junto ao idoso, quando o mesmo não adere ao tratamento ou age com agressividade ou teimosia.

Diante destes desafios é de suma importância o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem específico e diferenciado ao atendimento do idoso em urgência e emergência, mas para isso é necessário que os profissionais estudem, atualizem-se e se construa práticas focadas na formação de grupos de estudo, capazes de promover capacitação e formação contínua dos profissionais, não somente em âmbito hospitalar mas também a nível de atenção básica, preparando também este idoso para as eventuais complicações do seu processo de envelhecimento.

Em relação ao atendimento imediato ao paciente nas emergências, sugere-se que se realize de forma mais adequada, regular e efetiva o serviço de triagem, pelo profissional Enfermeiro, que possui habilidades teóricas-práticas capazes de atender de uma forma mais eficiente este paciente no momento de sua chegada ao serviço de urgência e emergência.

Segundo Morischita; Silva e Souza (2008), a triagem é o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde e tem como objetivo a classificação adequada dos pacientes bem como a decisão de prioridades e intervenções terapêuticas individualizadas, e a mesma vem para contribuir no atendimento favorecendo na redução de aglomerações nas unidades de urgência e emergência bem como a redução no tempo de espera do paciente nesse serviço. O paciente idoso sempre terá suas especificidades, como qualquer paciente tem, pois cada ser humano é único pessoas são organismos altamente complexos, dotados de inteligência intelectual, emocional e espiritual, têm suas

particularidades, suas histórias de vida, crenças, valores e formas de se comportar diferentes uns dos outros. Cabe aos profissionais de enfermagem compreender melhor essa realidade, acolher de uma forma mais pessoal este idoso que vem até o serviço de urgência e emergência, saber colocar-se no lugar do outro, demonstrar empatia.

Estudos revelam que os idosos brasileiros, em sua maioria, convivem em núcleos familiares, partilhando da companhia de seu cônjuge, filhos e muitas vezes netos, sendo, em grande parte, responsável pelos cuidados com eles. Desta forma, pode-se afirmar que lidar com as questões do paciente idoso também é aprender a lidar com a realidade em que o mesmo está inserido, compreender seu *lôcus* familiar, seu ambiente de vida e respeitar aquilo que é importante pra ele, atendendo suas necessidades individuais sem julgamentos ou preconceitos. Este é mais um dos desafios que nos é lançado no cotidiano da assistência de enfermagem nas emergências.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2006b. Série Pactos pela Saúde, v. 12. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 30 de Junho de 2011.
- _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006a. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acesso em: 30 de Junho de 2011.
- _____. **Estatuto do idoso**. 2003. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacaofederal/est.%20de%20idoso.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- _____. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 237-E, 13 dez. 1999, Seção 1. p. 20-24.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. 447 p.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196/96. 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 10 jun. 2011.

GATTIS, S. **Perfil do idoso associado de uma empresa privada de atendimento domiciliar de urgência e emergência Pré-Hospitalar na cidade de Florianópolis – SC**. 2008. 38f. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2008.

LENARDT, M. H. et al. As concepções do cuidado gerontológico de enfermagem frente às complicações pós-operatórias do idoso. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 15, n.3, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18882/12191>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

LIMA, M. L. C. et al. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, p. 2687-2697, set. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232010000600007&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 jul. 2011.

LOURENÇO, R. A. et al. **Assistência ambulatorial geriátrica**: hierarquização da demanda. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24058.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MORISCHITA, A.; SILVA, E. A.; SOUZA, M. A. M. Concepção de triagem x demanda crescente dos atendimentos em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro**, v. 1, p. 196-209, 2008. Disponível em: <<http://www.fadap.br/revista/enfermagem/files/revista%20digital%20enfermagem.pdf#page=3>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

ZINN, G. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 79-93, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/about>>. Acesso em: 9 set. 2011.

PET SAÚDE: QUEM SÃO OS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS?

Iona Vieira Bez Birolo

Docente, Mestre em Enfermagem, Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando PEN/UFSC; Núcleo de Extensão e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde NEPIES/Unesc; Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva LADSSC/Unesc. Tutora PET Saúde. Ionavieira71@hotmail.com

Renan Antonio Ceretta

Odontólogo. Mestre em Ciências da Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando PEN/UFSC; Núcleo de Extensão e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde NEPIES/Unesc; Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva LADSSC/Unesc. Tutor do PET Saúde

Francielle Lazarin Gava

Enfermeira Gerente Municipal das ESF's do município de Criciúma; Especialista em Saúde Coletiva e Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde, Preceptora do PET-Saúde

Paulo Rogério Hansen

Enfermeiro, Especialista em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde, coordenador da Vigilância Epidemiológica do município de Criciúma – SC. Preceptor do PET-Saúde

Rosane Antonia Trevisol

Enfermeira do Sistema de Saúde do Município de Criciúma; Especialista em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. Preceptora do PET-Saúde

Cristiane Santos da Rosa

Nutricionista do Sistema de Saúde do Município de Criciúma; Preceptora do PET-Saúde

Mariana Bittencourt de Oliveira

Acadêmica da 6ª fase do curso de farmácia. Bolsista PET-Saúde. Unesc.

Tatiane Della Vechia

Acadêmica da 7ª fase de enfermagem e bolsista do PET-Saúde. Unesc.

Leida Dimer Fernandes

Graduada em enfermagem pela Unesc; ex bolsista do PET-Saúde. Unesc.

Ana Paula Magagnin

Acadêmica da 6ª fase do curso de nutrição e bolsista do PET-Saúde. Unesc.

Morgana Votre Neotti

Acadêmica da 5ª fase do curso de enfermagem e bolsista do PET – Saúde. Unesc.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de cunho quali-quantitativo sobre o tema “Pet Saúde: Quem são os portadores de doenças crônicas?”, desenvolvido em quatro ESF no município de Criciúma/SC. Teve-se como objetivo caracterizar os portadores de doenças crônicas acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na área de abrangência de estudo do PET II. A pesquisa ocorreu no município de Criciúma, no ano de 2010, com a participação de 573 portadores de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e pesquisa aos dados do programa Hiperdia, analisados com a análise simples de conteúdo proposta por Minayo. Percebeu-se

que os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica do estudo são na maioria mulheres acima de 60 anos, caucasianas, com ensino fundamental incompleto em tratamento medicamentoso a mais de 10 anos quanto aos portadores de HAS e de um a cinco anos para os portadores de DM.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Hipertensão; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

It is a hallmark of qualitative and quantitative research on the topic "Patients with chronic diseases accompanied by the Family Health Strategy (FHS), "developed in the city of ESF four Criciúma, SC. It had as objective to characterize patients with chronic diseases accompanied by the Family Health Strategy in the catchment area of the PET study II. The research took place in the town of Criciúma, in 2010, involving 573 patients with diabetes mellitus (DM) and hypertension (HBP). Data were collected through semi-structured interviews and survey data to the program Hiperdia analyzed with the simple analysis of content proposed by Minayo. It was noticed that patients with diabetes mellitus and hypertension in the study are mostly women over 60 years, Caucasian, with elementary education in drug therapy to more than 10 years for patients with hypertension and one to five years to the DM.

Keywords: Diabetes Mellitus; Hypertension; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A secretaria do sistema de saúde do município de Criciúma esta dividida em 05 regionais de saúde. Possui 41 unidades de atenção básica, sendo 13 unidade de rede (PACS) e 28 ESF. As unidades especializadas estão distribuídas nas regionais de saúde, entre elas citamos: pronto atendimento 24h Boa vista, pronto atendimento 24h Próspera, policlínica Rio Maina, Unidade de referência a saúde da mulher e criança, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e Vigilância em saúde composta pela vigilância sanitária, vigilância da saúde da mulher, vigilância da mortalidade, vigilância epidemiológica, programa da Dengue, programa municipal de controle da tuberculose, hanseníase, hepatites virais e DST/HIV/AIDS. O município conta com 01 hospital geral filantrópico conveniado ao SUS, 02 hospitais privados, 01 hospital psiquiátrico conveniado ao SUS e 01 hospital materno-infantil (parceria Secretaria de saúde e hospital São José).

Em relação a população geral de Criciúma, com base no censo do IBGE 2010, a área de estudo proposto pelo PET II está composta por 4 ESF (Estratégia de Saúde da Família) e representa 4,98% da população do município.

Na ESF Renascer tem a maior população sob responsabilidade de uma equipe de saúde, e representa 30,27% da população cadastrada nesta área de estudo composta por 4 unidades de saúde selecionadas para estudo do PET II. Nesta área existe uma média geral de 2,5 pessoas por família, sendo que as unidades ESF Renascer e Laranjinha estão entre as que têm maior concentração de pessoas por família, 3,9 e 3,4 respectivamente.

A unidade ESF Sta Augusta possui o maior número de famílias cadastradas, mas, com menor proporção, 1,5 pessoas por família, a menor concentração de pessoas em residência do estudo.

Entre os grupos de prioridade para atenção na ESF a população de Portadores de hipertensão tem representado uma parcela importante seguido dos portadores de Diabetes Melitus. Na área estudada a maior prevalência de HAS encontra-se na ESF Sta Augusta. O Ministério da saúde² afirma que a estimativa de HAS numa população deve variar entre 11 a 20% e para DM é esperado 7,6%, podendo chegar a 11%, na população acima de 40 anos. O estudo nas áreas de ESF do PET II-2010, encontrou um percentual de 11,05% de HAS na área estudada e 2,49% de DM. Podemos notar que a prevalência de HAS está dentro do esperado em todas as unidades, exceto na ESF do Bairro Renascer que apresentou uma prevalência de HAS abaixo do esperado de 8,58% na população. Em relação aos portadores de DM a prevalência geral está bem abaixo do esperado.

Estudos voltados para a saúde da população brasileira indicaram um grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na mesma, onde os principais responsáveis são o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), trazendo um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis².

A hipertensão arterial é uma doença crônica multifatorial caracterizada por níveis tensionais elevados ($\geq 140/90$ mmHg nos adultos) e sustentados. Acarreta alterações principalmente em órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas³.

Já a Diabetes mellitus é um distúrbio metabólico determinado geneticamente, associado com deficiência absoluta ou relativa de insulina e que na sua manifestação clínica completa são caracterizadas por alterações metabólicas,

complicações vasculares e neuropáticas. O principal objetivo do tratamento do paciente diabético é a prevenção das complicações crônicas, pois a doença não é curável e sim controlável. No Brasil é bastante elevada a incidência de complicações crônicas do diabetes. Estima-se que existam cinco milhões de indivíduos portadores de diabetes⁴.

A HAS nas quatro áreas de abrangência das Unidades de ESF pesquisadas para o sexo feminino nas faixas etárias superior a 50 anos, representa 59% da população. O número de HAS é bem expressivo na faixa etária dos maiores de 60 anos.

Em relação aos pacientes Diabéticos cadastrados há uma prevalência na faixa etária acima de 50 anos com predominância do sexo feminino. Já nas faixas etárias abaixo dos 50 anos a prevalência se concentra na população do sexo masculino.

De acordo com Smeltzer e Bare⁵, um dos fatores de risco para o Diabetes Mellitus, inclui a idade acima de 45 anos e hipertensão arterial igual ou superior a 140/ 90 mmHg⁵.

A partir do eixo de pesquisa do PET Saúde II de 2010, Integralidade do Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família - Integralidade a Saúde aos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes na Saúde da Família, elencou-se a seguinte questão norteadora deste estudo: Qual O perfil dos portadores de doença crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, em estudo realizado no município de Criciúma – SC?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa. O dados foram coletados a partir do banco de dados do sistema HIPERDIA e de entrevistas realizadas diretamente com os usuários das quatro ESF de estudo do PET II. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2010 após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A pesquisa respeitou todos os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob protocolo nº 67/2010.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de 573 pacientes acometidos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Apresentação e Análise dos Dados

Foram entrevistados 573 usuários, sendo 399 portadores de HAS, 34 de Diabetes, e 140 hipertensos e diabéticos.

Quanto ao tratamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na região de estudo do PET II em Criciúma/SC constatou-se que: 98% do total de HAS cadastrados nas quatro Unidades em estudo usam medicação, uma vez que somente 2% não usam medicação.

Smeltzer e Bare⁵ salientam que o tratamento da HAS e DM consistem em normalizar a atividade da insulina e os níveis de glicose, e controlar a pressão arterial. Para o alcance é necessário o paciente implementar alterações no estilo de vida, tomar os medicamentos prescritos, além de tratamento nutricional, exercício, monitoração e educação.

Constatou-se que aproximadamente 89% dos portadores de DM cadastrados nas Unidades pesquisadas; usam algum tipo de hipoglicemiante oral, uma vez que 9% usam insulina e 2% não utilizam medicação para o tratamento. As tabelas 3 e 4 respectivamente demonstram o perfil de morbimortalidade nas áreas estudadas pelo PET II, subdividido por ESF.

De forma geral o padrão de morbidade da área de estudo PET II/2010, mostra claramente que o perfil de morbidade não difere muito de uma ESF para outra, no município. Considerando algumas variações regionais os motivos de procura de atendimento médico na área de estudo concentra-se nas causas relacionadas a HAS e DM, exceto para ESF Renascer, seguidos das infecções do trato respiratório superior, solicitação de exames e receitas.

É importante ressaltar que a procura para atendimento a depressão aparece com maior frequência na ESF Laranjinha, enquanto o atendimento de pré natal não representa uma procura freqüente nas unidades de ESF do Laranjinha e Santa Augusta.

Considerando o perfil de mortalidade da área de estudo, podemos perceber que a maior frequência de óbitos está relacionada a doenças cardíacas, especialmente IAM (infarto agudo do miocárdio), as neoplasias, seguido das doenças do aparelho circulatório (AVC, Aneurismo e tromboflebite), e óbitos fetais (natimorto). Chamam atenção os óbitos fetais, que apresenta maior frequência na ESF Renascer, sendo também a ESF que apresenta uma frequência maior de atendimento a gestante em relação as demais unidades da área de estudo. Não foi feito um estudo do processo de trabalho e da assistência a gestante, para entender melhor esta situação, pois, o foco de estudo são os portadores de HAS e DM.

Perfil dos Entrevistados

Dos 573 entrevistados, 544 possuíam idade igual ou superior a 40 anos de idade.

O grupo etário de maior frequência, tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino foi o de 50 a 65 anos. Isto se explica, talvez, pelo fato de que, com o aumento da idade, aumente também a frequência de problemas crônicos.

Em relação à idade, a incidência e prevalência de doenças crônicas aumentam, acentuadamente com o progredir da idade, particularmente, após os 40 anos.

Faixa Etária

Em relação ao perfil dos usuários quanto a faixa etária, observa-se que a faixa etária até 40 anos é composta por um número menor de usuários, no entanto a maior concentração de usuários diabéticos e hipertensos pertencem a faixa etária igual ou superior a 61 anos.

A HAS e o DM podem ser considerados como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais comuns em idosos, em vista da elevada prevalência de 52,5% e 17,4% (Estatística do Brasil), respectivamente, nos idosos brasileiros².

O Diabetes Mellitus tem se destacado como uma das enfermidades mais relevantes. Estima-se que sua prevalência esteja em torno de 8% na população brasileira de 30 a 69 anos, sendo que metade dos pacientes acometidos pela doença desconhece a condição⁷.

Sexo

Com relação ao sexo, verificou-se o predomínio do sexo feminino (387) seguido do sexo masculino (186), correspondendo a 68% e 32% respectivamente.

O estudo realizado entre os usuários HAS/DM da área de abrangência ESF Criciúma foi realizado em campo através de visita domiciliar, totalizando amostra de 573 questionários. A amostra apresentou uma frequência maior de entrevistados do sexo feminino, representando 68% do total de entrevistas realizadas. Considerando que os períodos utilizados para realização das entrevistas foram os matutinos e vespertinos, horários de funcionamento da unidade de saúde.

Cor

Foi questionado sobre a cor e raça dos usuários DM/HAS, onde constatamos a prevalência da cor branca, contando com 489 usuários, seguida das cores negra com 62 e parda 22.

A raça e etnicidade de origem afro-descendente, hispano-americanos, indígenas norte-americanos com ancestrais asiáticos originários das ilhas do Pacífico, têm probabilidade maior como fator de risco para desenvolver a diabetes mellitus⁵.

Escolaridade

Em relação ao nível de instrução, o ensino fundamental incompleto teve a maior frequência, com 400 pessoas (70%), enquanto que 12 (1%) informaram ter o superior completo e superior incompleto. Verificamos também que 22 (3,83%) eram analfabetos.

Cerca de 70% dos indivíduos não completaram o ensino básico (menos de oito anos de escolaridade).

Quanto aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, constatou-se que, 6% dos usuários são portadores de diabetes mellitus, 70% dos usuários são portadores de hipertensão arterial e 24% são portadores de ambas as patologias.

A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativas⁸.

O Diabetes é uma doença crônica cada vez mais presente, afetando aproximadamente 171 milhões de indivíduos em todo o mundo e com projeção de alcançar 366 milhões de pessoas no ano de 2030⁹.

Para o Ministério da Saúde as estimativas e projeções mundiais em relação ao Diabetes para o ano de 2010, relata que diabetes tipo 2 atingiria 216 milhões de indivíduos, seguido do tipo 1 que acometeria 23 milhões de indivíduos. No Brasil, isso significa 11 milhões de pessoas.

Quanto aos dados relativos ao tempo de tratamento, 53,31% dos usuários (53) com diabetes realizam no tempo de 1 a 5 anos, sendo que a hipertensão num contingente de 40% (214) estão em tratamento a mais de 10 anos.

Quanto ao tempo de tratamento dos usuários portadores de diabetes mellitus. A análise mostra que 1% dos usuários não fazem o tratamento e 31%, isto é, a maioria deles fazem o tratamento entre 1 a 5 anos.

Quanto ao tempo de tratamento dos usuários de hipertensão arterial, 4% dos usuários fazem o tratamento a menos de 1 ano e 40% o fazem a mais de 10 anos.

Um dos grandes desafios ao controle da hipertensão são os múltiplos fatores envolvidos na adesão ao tratamento, tais como: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas conseguem melhores resultados no controle da hipertensão, por conseguirem maior adesão ao tratamento¹⁰.

Algumas características do tratamento medicamentoso podem influenciar na adesão, ressaltando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda vida.

CONCLUSÃO

A partir do reconhecimento do Município de Criciúma, a pesquisa desenvolvida na área de abrangência de estudo do PET teve seu objetivo alcançado, pois os pesquisadores do PET conseguiram caracterizar o perfil dos

portadores de DM e HAS.

A população cadastrada no SIAB das unidades estudadas pelo PET II é de 9590 pessoas, das quais, 1299 são portadores de DM e ou HAS; 64 são acamados; e 68 gestantes; compondo o grupo de atendimento prioritário. Fica evidente a necessidade de acompanhamento da comunidade como um todo, porém não podemos ser indiferentes a prevalência de DM e HAS o que justifica o emprego de ações voltadas para esta população.

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são considerados uma epidemia mundial, o que torna o controle desses agravos um desafio para os sistemas de saúde, são vistos como prioridade pela Estratégia Saúde da Família.

Diante destes resultados, no que se refere ao perfil encontrado, acredita-se na relevância de realização de mais estudos acerca da população prevalente, pois, através destes algumas estratégias poderão ser implementadas com a finalidade de promover a saúde, prevenir complicações e garantir acompanhamento seguro.

REFERÊNCIAS

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=42

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Revista de Saúde Pública. 2001,35 (6): 585-588.

Pierin AMG. Enfermagem e a pesquisa em hipertensão arterial. Acta Paulista de Enfermagem. 2010, 23 (5): 658-664.

MaiaCAS e Campos CAH. Diabetes Mellitus como causa de perda auditiva. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2005,71 (2): 208-214.

Smeltzer SCB, Brenda G. Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 2364p.

Ortiz MCA, Zanetti ML. Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. Rev Latino-am Enfermagem 2001, 9(3):58-63.

Costa JSD, Olinto MTA, Assunção MCF, Gigante DP, Macedo S. Menezes, AMP. Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. Rev Saúde Pública 2006; 40(3):542-5.

Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Estudo Multicêntrico de Prevalência DM no Brasil.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-53.

Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 88, n. 02, fev. de 2007.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE

Roseli Schminski Vieira

Graduada em Enfermagem pela UNESC. Especializanda em Gestão da Atenção Básica em Saúde (UNESC).
Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). E-mail:
roseschminski@gmail.com.

Reginaldo de Souza Vieira

Mestre em Direito pelo PPGD-UFSC. Doutorando em Direito pelo PPGD-UFSC. Professor de Direito Constitucional, Direito Partidário, Direito Eleitoral e Direito Sanitário da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador e Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Pesquisador do Grupo de Estudos em Latim e Fontes do Direito Romano (*IUS DICERE*/ UFSC). Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com.

Ivanir Prá da Silva

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde – UNESC. Professora do Curso de Enfermagem da UNESC.

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar o processo de surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação, a política nacional de atenção básica da saúde e o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica da saúde. Para tanto, utilizou-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), o texto da Convenção Americana dos Direitos Humanos, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990) e as demais legislações referentes à temática. Para este estudo, a saúde é vista como um direito fundamental e que deve ser garantida aos usuários do SUS, através de políticas públicas a serem desenvolvidas pelo Estado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Direito à Saúde; Promoção e Prevenção da Saúde; Unidade Básica da Saúde.

ABSTRACT

This article aims to analyze the process of emergence of the Unified Health System (SUS), its regulation, the national policy for primary health care and the process of work in primary health care. For this purpose, we used as reference the concept of health from the World Health Organization (WHO), the text of the American Convention on Human Rights, the Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988, the Organic Health Law (Law No. 8080 of 1990) and other laws relating to the theme. For this study, health is seen as a fundamental right which must be guaranteed to users of SUS, through public policy to be developed by the State.

Keywords: Health System; the Right to Health; Promotion and Health Prevention; Basic Health Unit.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por finalidade desenvolver uma pesquisa teórica sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde, sua regulamentação; a política nacional de Atenção Básica da Saúde e o processo de trabalho na Atenção Básica da Saúde.

Para tanto, será analisado o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, o disposto sobre o direito à saúde na Convenção Americana de Direitos Humanos, o texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e as demais legislações concernentes ao objeto desta pesquisa.

Neste sentido, parte-se da seguinte premissa: o direito da assistência a saúde e o dever do Estado na efetivação de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação no processo saúde-doença é um direito do cidadão-usuário do Sistema Único de Saúde e encontra-se garantido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Sistema Único de Saúde: surgimento e regulamentação

A saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também uma das dimensões de qualidade de vida (SMELTZER; BARE, 2005).

Ter saúde depende de vários componentes de qualidade de vida. Neste sentido, o direito à saúde é um bem que devemos garantir e assegurar em toda a sua complexidade, desde a assistência primária até aquela de maior complexidade, com direito aos serviços de tecnologia desenvolvidos nesta área. Este direito assegurado deve ser adequado à necessidade de cada cidadão, abrangendo a promoção, a proteção da saúde e a prevenção (SILVA; JESUS; SANTOS, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o mais perfeito estado de bem-estar físico, mental e social que um indivíduo pode atingir e não apenas a ausência de doença ou enfermidades (OPAS, 2011).

O bem-estar indica uma conduta consciente e deliberada até um estado avançado de saúde física, psicológica e espiritual e é um estado dinâmico e flutuante do ser (SMELTZER; BARE, 2005, p. 6).

Igualmente, a Convenção Americana de Direitos Humanos (promulgada pelo Brasil através do Decreto 678, de 06 de novembro de 1992) reza em seu artigo 1º, itens 1 e 2:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público [...]. (CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2008)

O conceito de saúde apresenta claramente um resultado das condições de vida e do ambiente. Ao mesmo tempo em que prejudica a qualidade de vida e o estado de saúde do ser humano, os padrões de desenvolvimento adotados vêm favorecendo a destruição ambiental por meio da exploração de recursos naturais e poluição, os quais, por sua vez, têm gerado grandes impactos nas condições de saúde e qualidade de vida da população (SIQUEIRA; MORAIS, 2009).

O modo pelo qual a sociedade percebe os seus problemas de saúde, busca explicá-los e organiza-se para superá-los, depende de estruturas econômicas, políticas e ideológicas (PAIM, 2002; PAIM, 2009).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 196, conceitua saúde como um

[...] direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2009a)

O texto da CRFB/1988 teve por base o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008; GERSCHMAN, 2004). Esta conferência foi estruturada em três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor de saúde (PAIM, 2008; RODRIGUES NETO, 2003).

Assim foi na 8ª Conferência, que surgiu a concepção de Sistema Único de Saúde, rede regionalizada e hierarquizada, de atendimento integral, com direito da participação da comunidade, visando ações na promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde (PAIM, 2008; GERSCHMAN, 2004).

Desde modo, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde resultou de lutas políticas e setoriais articuladas pelo movimento sanitário brasileiro, tendo por

finalidade a garantia da saúde como direito de toda pessoa e dever do Estado. Tem como desafio a implementação de um serviço universal, eficaz, integral, com equidade e participação da população (REZENDE *et al.*, 2009).

Neste sentido, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, como desaguadouro destes movimentos sociais é um marco no avanço democrático nacional. Pela primeira vez, uma Constituição garante que a saúde é um direito fundamental, e para sua concretização são necessárias políticas públicas⁶⁷. No artigo 6º da CRFB/1988 estão elencados os direitos sociais básicos, onde se destacada a saúde. O artigo 194 dispõe sobre a seguridade social e estabelece um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade, com vistas a garantir os direitos relacionados à saúde, à previdência social e à assistência social (CARVALHO, 2003; BRASIL, 2009a).

Os direitos sociais têm por objetivo melhorar as condições de vida, procurando, de certa forma, atenuar as desigualdades das condições socioeconômicas da população brasileira, com objetivo de moldar o País para um futuro com melhora na qualidade de vida (CARVALHO, 2003).

De acordo com Costa (2004a), a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), formando uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com uma única gestão em cada esfera do governo em nível Federal, Estadual, Distrital e Municipal e sob controle dos usuários (controle social⁶⁸).

Este Sistema Único de Saúde previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, chamada (Lei Orgânica da Saúde) (BRASIL, 2009a). O artigo 2º, inciso II, da Lei Orgânica do SUS 8.080/90, dispõe que o Sistema Único de Saúde:

é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta

⁶⁷ Políticas públicas podem ser definidas: “[...] como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e /ou analisar essa (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2007, p. 69).

⁶⁸ Segundo Wendhausen, controle social na saúde é “a possibilidade de democratização do aparelho estatal de modo a tornar possível um diálogo entre desejos da população e as metas governamentais para saúde” (1999, p. 96).

ou indireta, e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada (BRASIL, 2010a).

Ademais na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), restou regulamentado o artigo 198 da CRFB de 1988 e relacionado os princípios e diretrizes de acordo com o capítulo II do artigo 7º:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 2009a)

De acordo com a CRFB de 1988, os princípios são compostos por três elementos: universalidade, equidade, integralidade (MATTA, 2007; AITH, 2010).

O artigo 198 da CRFB de 1988 estabelece os princípios e diretrizes do SUS que são: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem juízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade.” (BRASIL, 2009a). O art. 196 trata da universalidade e da equidade (igualdade).

Para Matta, a universalidade pressupõe

Idéia de direito, o que se torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à idéia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à

saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura. (2007, p. 67)

A universalidade para o Sistema Único de saúde (SUS) garante que toda pessoa tem direito aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência, independentemente de raça, cor, religião, local de moradia ou situação econômica (CORREIA, 2005), seno um direito de todos e um dever do Estado (COSTA, 2004a).

Já a equidade garante ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada cidadão necessita de assistência à sua saúde; ou seja, ele deve ser atendido conforme suas necessidades em tudo o que o sistema pela lei garante e oferece (COSTA, 2004a).

Outrossim, a integralidade é o “reconhecimento que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. [...] O homem é um ser integral e biopsicossocial” (PEREIRA *et al.*, 2005, p. 264).

Como ser integral, deverá ser atendido pelo SUS também como um ser em sua integralidade, voltado para promover, proteger e recuperar a sua saúde (PEREIRA *et al.*, 2005, p. 264).

A integralidade, para Correia (2005), é um conjunto de ações preventivas e curativas que um cidadão tem por direito, como um ser social inserido numa realidade econômica, política e cultural. A pessoa deve ser vista integralmente, e não por partes, e o processo saúde-doença da população deve ter um sentido amplo, de acordo com as condições de vida, moradia, renda econômica, educação e cultura do indivíduo. As ações de prevenção devem ser conforme a realidade em que a população se encontra e incluir saneamento básico e imunização. Se desencadeada a doença/enfermidade, o serviço do Sistema Único de Saúde deve oferecer assistência médica e de enfermagem no cuidado hegemônico, para a sua reabilitação.

Neste sentido, tendo por referência os seus princípios, o Sistema Único de Saúde atua através de políticas públicas no sentido de promover, prevenir e curar os agravos na saúde. Entre estas políticas públicas estão aquelas voltadas para atenção básica da saúde, reguladas em lei e nas portarias expedidas pelo Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi regulamentada pela Portaria 648, de 28 de março de 2006 até 21 de outubro de 2011 (está Portaria foi revogada pela Portaria GN nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), que estabelecia a revisão de diretrizes para a organização de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A revogação na Portaria 648 não resultou na revogação dos atos normativos expedidos pelo Ministério da Saúde com base em seu texto. Estes continuam a ser aplicados naquilo que não contrariar a Portaria nº 2.488/2011, conforme o que preceitua o seu art. 3º. A revisão da PNAB ocorreu pela necessidade de adequar a política de atenção básica então existente ao seu desenvolvimento e a experiência acumulada na sua execução em todos os entes federados (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011).

A portaria (que revisou o estatuído pela Portaria nº 648/2006) trata sobre a política e as diretrizes de atenção básica à saúde, quanto aos programas das Unidades Estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Os princípios gerais da Política de Atenção Básica previstos na Portaria 2.488/2011 prescrevem que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011).

A Política de Atenção Básica à Saúde desenvolve uma atuação estratégica, considerada a principal ligação entre o sistema de saúde e seus usuários. Não deve ser a única porta de entrada (mas é a preferencial na atenção básica), porque as pessoas apresentam necessidades de assistência à saúde de forma variável e precisam do cuidado à sua saúde. Não deve ser considerada apenas um serviço burocrático e não pode ser o único local de acolhimento, porque todos os setores do sistema precisam responsabilizar-se pelo resultado dos trabalhos acerca das ações de saúde voltadas para a população (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Neste sentido o prescrito na PNAB considera o indivíduo no seu direito humano de receber assistência na promoção à saúde e tem na “Saúde da Família a sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica” (BRASIL, 2011).

Além disso, tem como fundamentos e diretrizes os seguintes itens:

I – ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. [...];

III – adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. [...];

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o

campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011)

É importante salientar que o texto da Portaria 2.488/2011 foi discutido e pactuado no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a participação dos gestores⁶⁹ municipais, estaduais e federais da área de saúde, resultando em um processo de pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁷⁰, referendando o documento e legitimando-o como uma diretriz que atende às necessidades e realidades do sistema de saúde. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica está integralmente sintonizada com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), dirigida para uma assistência de saúde multiprofissional, respeitadas as competências profissionais de cada integrante da equipe de saúde (BRASIL, 2011).

A operacionalização da Atenção Básica, com atuação em todo território nacional, relaciona-se nas políticas públicas de saúde para a eliminação da hanseníase, da desnutrição infantil, para o controle da tuberculose, hipertensão arterial, do diabetes mellitus, e para a promoção da saúde da criança, da mulher, do idoso, do homem e da saúde bucal (MELO; CUNHA; TONINI, 2005).

Neste sentido, podemos afirmar categoricamente que a Atenção Básica em Saúde caracteriza-se a porta de entrada para os usuários do SUS.

O funcionamento e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família conforme a Portaria 2.428/2011 requerem o acesso fácil das famílias às Unidades Básicas de

⁶⁹ Nas considerações do texto preambular da Portaria 2488/2011, não referencia a participação do controle social no processo de discussão e definição do ato normativo editado pelo Ministério da Saúde, mas apenas a sua pactuação em reunião da comissão intergestores tripartite. Este processo leva ao seguinte questionamento: a ausência do controle social neste processo não conduzirá a um esvaziamento gradativo das prerrogativas a ele atribuídas e conquistadas no processo de constituição do direito à saúde?

⁷⁰ “Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção do SUS das três esferas de governo – União, Estados, DF e municípios. [...] Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS”. (BRASIL, 2009b)

Saúde e a existência de equipes capacitadas para realizar ações voltadas ao cuidado com a saúde e a doença do público-alvo de território delimitado.

Uma das atribuições da equipe de saúde é o planejamento, a execução e a avaliação de ações voltadas para a promoção e prevenção de riscos ao processo saúde/doença. Estes cuidados devem ser realizados com qualidade e resolutividade, seguindo os princípios do SUS: o acesso universal, a integralidade na assistência à saúde, o tratamento com equidade, conforme a necessidade de cada ser humano (BRASIL, 2011).

Este processo deve ser articulado e promover o desenvolvimento de ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Ademais é fundamental o incentivo e a garantia da participação comunitária através do controle social na construção e acompanhamento da execução das ações a serem implantadas em cada Município e em cada Unidade Estratégia da Saúde da Família.

Em consonância ao estatuído pela PNAB (inicialmente pela Portaria nº 648/2006 e, atualmente pela Portaria 2488/2011), foi aprovada a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) pela Portaria nº 687/2006, a partir das necessidades de implantação de diretrizes e ações para a promoção da saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c; BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Promoção à Saúde (Portaria nº 687/2006) utiliza um conceito ampliado de saúde, visando promover:

- a) Qualidade de vida, a equidade, e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.
- b) Busca ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental reduzir as desigualdades, no contexto social mais amplo e das regiões do país, atentando para as questões específicas como: gênero, etnias e raças, opção e orientação sexual, etc.
- c) Aponta para a busca da mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseado na atenção individualizada e fragmentada.
- d) Contribuir para o aumento da resolubilidade, garantindo qualidade e eficácia e segurança das ações de promoção à saúde. (BRASIL, 2010c, p. 19)

Conforme o Ministério da Saúde, as ações de promoção de saúde estão voltadas para as práticas coletivas, com ênfase nas políticas públicas de saúde, no planejamento e ações na preservação e proteção do ambiente físico e social, tendo apoio de informação, educação e comunicação direcionadas aos profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

Desta forma, constata-se que a Política Nacional de Promoção à Saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relativos a determinantes e condicionantes, tais como: modo de viver, condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010c).

O Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde

Entende-se que a Saúde da Família surgiu como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar realizando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2001).

A CRFB de 1988 atribuiu aos municípios a responsabilidade sobre as ações e serviços de atenção básica à saúde, reconhecendo que a proximidade permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2009c).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver um sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações voltadas à atenção básica. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008, p. 194)

A atenção primária à saúde é a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde, visando a melhoria dos indicadores de saúde, redução das brechas de morbi-mortalidade, e um consumo mais racional da tecnologia biomédica, para maior eficiência ao gasto no setor. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Saúde da Família (PSF) seguem os mesmos princípios, buscando a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária. (NEDEL *et al.*, 2008, p. 3)

A implementação das Unidades de Estratégia da Saúde da Família (UESF), com base nos princípios do SUS, contribui para concretizar os objetivos apontados na atenção básica à saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

Para Felisbino e Nunes,

a Unidade Saúde da Família é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. (2000, p. 32)

Neste sentido, “a saúde da família é a estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde da atenção básica” (COSTA; 2004b, p. 8).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), são compostas por um

conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (BRASIL, 2010d)

Uma das metas prioritárias da norma operacional básica do SUS é o incentivo aos Programas Saúde da Família (PSF), e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estabelecendo um acréscimo percentual ao montante financeiro do Piso da Atenção Básica (PAB)⁷¹ (WEIGELT, 2001).

Para Lomba e Lomba (2007) e Pereira *et al.* (2005), o foco principal do Programa Saúde da Família segue a proposta de reestruturação de todos os trabalhos assistenciais à saúde de toda população brasileira, partindo do

⁷¹ “O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde e compõe o teto financeiro do Bloco da Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF); Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, nos âmbitos dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.” (BRASIL, 2009b)

rompimento com as estruturas tradicionais e estabelecendo novos critérios, metas e definições de saúde pública e saúde coletiva. A partir da Unidade de Estratégia da Saúde da Família (UESF), o novo modelo assistencial da equipe de saúde com as famílias brasileiras está centrado no planejamento e na realização de medidas socioeducacionais, políticas e culturais, para a prevenção de doenças e agravos. O Programa Saúde da Família (PSF) tem como princípio prestar assistência na unidade de saúde, bem como desenvolver ações voltadas ao domicílio.

O cuidado à saúde deve ser praticado de forma integral, respeitando os direitos do cidadão perante a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. As atenções ao cuidado com o ser humano não ficam principalmente vinculadas à terapia curativa, e sim, à sua prevenção. Sendo assim, o Ministério da Saúde acredita que diminuirão os números de internações hospitalares, criando uma redução nos gastos hospitalares e proporcionando economicamente condições para a realização de programas visando a promoção e a prevenção, e, portanto, contribuindo para a melhora da qualidade de vida das pessoas (LOMBA; LOMBA, 2007; PEREIRA, 2005).

A Estratégia da Saúde da Família iniciou com a implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde em 1990. Quatro anos após a implementação (1994), foram formadas as primeiras equipes, tendo em vista a legislação para a concretização da assistência na atenção básica, voltada para a promoção, prevenção e recuperação, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (COSTA, 2004b).

Para Weigelt, “O programa dos ACS tem como o princípio básico o envolvimento com a comunidade na melhoria de suas condições de vida e saúde [...] é exigido que o ACS seja morador do próprio local onde trabalha” (2001, p. 27).

Em 1997, é publicada a segunda versão oficial do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, definindo-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial e não mais como um Programa.

O enfoque familiar tem uma característica diferente do modelo hegemônico de atendimento à saúde, não se baseia unicamente na cura da doença do indivíduo, pelo contrário, dá ênfase substantiva às ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças; essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento primário, mas estendem-se ao meio social e familiar. Este enfoque considera a família como o centro ideal de planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção. (BRASIL, 2004, p. 17)

A Unidade de Estratégia da Saúde da Família (UESF) deve ser resolutiva. Os profissionais precisam verificar e analisar o porquê dos problemas de saúde mais comuns, ou seja, não só realizar uma triagem e prosseguir com encaminhamento para serviços especializados. Pelo contrário, devem proporcionar um cuidado humanitário, integral, conhecer o paciente, saber escutá-lo e compreender os fatores de risco que estão proporcionando o seu adoecimento, seja em seu aspecto físico ou mental (WEIGELT, 2001; BRASIL, 2010d).

Conforme o Ministério da Saúde, a equipe da UESF deve trabalhar com carga horária de oito horas por dia (40 horas semanais)⁷². Segundo a finalidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF), os profissionais que compõem a equipe devem realizar as seguintes funções: a) cadastramento de todas as famílias residentes na área de abrangência; b) diagnóstico da comunidade sobre as condições socioeconômicas e ambiental da população; c) após o cadastramento, identificar as pessoas que necessitam de cuidado especial, com o objetivo de prevenir morbidade e mortalidade, devido terem maior risco; d) planejar e realizar ações que estejam voltadas à redução/resolução do problema enfrentado naquela comunidade, a exemplo da saúde da mulher e do homem, gestantes, idosos, saúde da criança, gravidez na adolescência etc.; e) concretizar ações de promoção da saúde das famílias, estabelecendo um vínculo de relacionamento da equipe de saúde com as famílias da UESF; f) atuar com outros segmentos sociais, entidades governamentais não governamentais, para realizar intervenções que estejam comprometendo a saúde e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010d; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

São itens necessários à implantação da Estratégia de Saúde da Família, conforme o texto da Portaria nº 2488/2011:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

⁷² Com o novo texto da PNAB – Portaria nº 2.488/2011, os profissionais de medicina poderão ter um regime contratual que não obrigue o cumprimento de jornada de trabalho de 8 horas por dia/40 horas semanais. (BRASIL, 2011)

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III – cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. [...];

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais;

v- carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos⁷³, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (BRASIL, 2011)

Na assistência à saúde nas UESF, todos os trabalhos realizados devem seguir com qualidade, tanto nas unidades como nas visitas domiciliares, e também nos locais comunitários, como asilos, creches, escolas e entidades não governamentais (BRASIL, 2010c).

A ESF constitui um mecanismo de focalização dentro da universalização de direitos promovidos pelo SUS, assumindo o grande desafio de compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais (HEIMANN; MEDONÇA, 2005).

É importante salientar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS), conforme estabeleceu a legislação, é considerado um integrante da equipe multiprofissional. Representa a porta de entrada para os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuam em uma das unidades de Estratégia da Saúde da Família. Realiza o primeiro contato com as famílias e traz informações recentes para toda a equipe de saúde que realiza assistência e para a toda a população brasileira (COSTA, 2004b).

⁷³ A Portaria cria uma distinção entre o profissional médico (para maiores informações acerca da carga horária dos médicos, recomenda-se a leitura do item da Portaria 2488/2011 que trata do assunto e que em razão dos limites deste estudo não será desenvolvida com maior profundidade) e os outros profissionais que compõem a UESF. Esta distinção, apesar de justificar-se na “falta” de profissionais médicos para comporem as UESF, cria na prática um tratamento desigual entre estes e os outros profissionais (que já convivem com baixos salários, na maioria das vezes), o que contraria a própria concepção originária da Saúde da Família.

Conforme o Ministério da Saúde, a equipe multiprofissional deve atender diretamente a família, com o compromisso de realizar ações de prevenção e intervir no que for cabível à equipe, de acordo com a realidade de cada UESF (BRASIL, 2010d).

Com o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, o profissional médico deixa de ser centralizado, continua atuando na sua profissão, mas de outra maneira, fazendo parte de uma equipe de saúde, com assistência curativa e preventiva. Cabe ao médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e aos agentes comunitários trabalharem cada um na sua atuação profissional, porém, todos com o alcance do mesmo objetivo, ou seja, ações no enfrentamento de fatores que influenciam no processo saúde-doença, prestar assistência integral, com ênfase na promoção em saúde e proporcionar às famílias educação em saúde (CARVALHO, 2009).

Segundo Pereira *et al.*, a enfermagem, como categoria profissional que visa à saúde individual e coletiva, sempre buscou

a interface entre a comunidade e os serviços de saúde. De imediato incorporou as estratégias do PSF, contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova proposta. (2005, p. 298-299)

Acredita-se que se todos os profissionais de saúde das UESF atuarem de acordo com as ações que o Ministério da Saúde preconiza, as Unidades Básicas de Saúde conseguiriam resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, e ainda evitariam custos hospitalares, devido à diminuição das internações, proporcionando melhor qualidade de vida à população (COSTA; 2004b).

Desenvolver um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública, proporcionando assistência integral e contínua voltada para a comunidade, reduzir as internações hospitalares, facilitar o acesso da população ao SUS, realizar o diagnóstico das doenças mais precocemente, introduzir práticas assistenciais inovadoras são propostas do Ministério da Saúde no processo de trabalho da equipe da ESF (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Além da notificação compulsória dos agravos ocorridos, existem também linhas de ação, ou seja, propostas a serem desenvolvidas com as equipes multiprofissionais de saúde, que abrangem as áreas de ensino, da pesquisa, da assistência e da extensão dos serviços à comunidade (PEREIRA *et al.*, 2005).

Para exercer essas atividades prescritas, a equipe da Estratégia da Saúde da Família deve estar em constante processo de atualização/formação. Este processo de formação é realizado através dos processos de Educação Permanente em Saúde.

CONCLUSÃO

Observou-se que a 8ª Conferência de Saúde de 1986 foi aquela que fez surgir o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. Desde então, houve uma mudança na assistência (ampliação e qualidade no atendimento) à saúde da população. Deixou-se de ser apenas um tratamento curativo (hospitalocêntrico) e inicia-se um processo de organização, planejamento e realização de políticas públicas de promoção e prevenção à saúde de todas as pessoas, independentemente de terem contribuído ou não com o Instituto Nacional de Serviço Social (INSS).

Assim, nota-se que entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) está o dever do sistema em prestar serviço, acima de tudo, com igualdade no atendimento, independentemente de raça, cor, religião, grau de escolaridade, estado civil e condições econômicas. Conforme a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90) garante-se o direito de assistência à saúde ou de controle sobre o desenvolvimento de doença/enfermidade, através de ações que visem o cuidado do tratamento e a recuperação da saúde do cidadão com equidade, integralidade e universalidade.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (inserido dentro da Política Nacional da Atenção Básica), atualmente denominado Unidades de Estratégias Saúde da Família, houve a redução na mortalidade materna e infantil. Reduziram-se os números de internação das crianças e houve um avanço muito significativo na diminuição dos casos de desnutrição.

Outro fator importante desta mudança de concepção foi a redução de internação hospitalar e o risco de agravo a saúde da população, inserindo-se em um processo de trabalho que prevê o planejamento e a realização de ações de educação em saúde na comunidade.

Por último, registra-se a seguinte preocupação: o processo de deslocamento dos espaços decisórios de definição das políticas e ações no Sistema

Único de Saúde, da esfera do controle social (que está na própria origem do SUS) para o das Comissões Intergestores (Bipartites e Tripartites). Neste sentido, deve-se cuidar para que a justificativa da descentralização administrativa não conduza a um processo de fragilização e esvaziamento das prerrogativas do controle social em saúde, o qual tem e deve ter papel fundamental na construção e acompanhamento da execução da política de atenção básica em saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para a sua efetivação. In: _____ (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas-SP: Saberes, 2010, p. 183-238.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**. O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prática do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. v. 8.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 42. ed. São Paulo: Saraiva, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do PSF**. Disponível em: <<http://www.portalsaudepsf.com.br/manual.htm#enfermagem>>. Acesso em: 06.12.2009c.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.presidencia.gov.br>. Acesso em: 16.02.2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. v. 6. Brasília, 2006. Disponível em: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:aU2WFmElvzAJ:portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf+portaria+648+de+28+de+mar%C3%A7o&hl=pt->. Acesso em: 19.05.2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2006.
64 p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>.
Acesso em: 19.05.2010c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 19.05.2010d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011- Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 03.11.2011.

CARVALHO, Marina Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. São Paulo: LTr, v. 4, n. 2, 2003.

CARVALHO, Ana Paula Alves de. **Ações educativas na saúde, em saúde da criança**: concepções e práticas profissionais em uma unidade de saúde da família. 2009. (Dissertação) Mestrado na Escola em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7133/tde-20052009-111929/>>. Acesso em: 20.05.2010.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/andec678-92.pdf>.
Acesso em: 20.05.2010.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, Elisa. Maria Amorimda. Sistema único de Saúde. (p. 3-15). In: COSTA, E. M. A; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, Elisa. Maria Amorimda. Saúde da família. (p. 8-17). In: COSTA, E. M. A; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

FELISBINO, Janete Elza; NUNES, Elisete Pereira. **Saúde da família**. Planejando e programando a saúde nos municípios. Tubarão: Unisul, 2000.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

LOMBA, Marcos; LOMBA, André. **Enfermagem e medicina clínico-cirúrgicas e PSF – Programas de saúde**. Olinda: Grupo Universitário, 2007. v. 5.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lúcia. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MELO, Enirtes Caetano Prates; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo; TONINI, Teresa. Políticas de Saúde Pública. In: FIGUEREDO, Nébia Maria de Almeida (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 42-124.

NEDEL, Fúlvio Borges *et al.* Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6. São Paulo, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25.03.2010.

OPAS. Disponível em: www.opas.org.br. Acesso em: 11.10.2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edulfba/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, Adriana Lemos *et al.* Programas de Atenção à Saúde. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria de Almeida (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 255-340.

REZENDE, Mônica de *et al.* A equipe multiprofissional da saúde da família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1403-1415, set./out. 2009.

RIBEIRO, E. M. *et al.* A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 438-449, 2004.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SILVA, Diego Augusto Santos; JESUS, Karina Passos de; SANTOS Roberto Jerônimo. Conceito de saúde e qualidade de vida para acadêmicos de Educação Física. Um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, v. 2, n. 4, p. 140-153, dez. 2007.

SIQUEIRA, Mônica Maria; MORAES, Maria Silvia de. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6. Rio de Janeiro, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600018&lang=pt&lng=pt>. Acesso em: 20.05.2010.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 1.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 65-86.

WEIGELT, Leni Dias. **O SUS e os profissionais da saúde universitária da rede pública de Santa Cruz do Sul**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

WENDHAUSEN, Águeda. **Saúde em questão. Um espaço para reflexão. O duplo sentido do controle social em saúde**: apontamentos para o debate. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

POSTURA DO ENFERMEIRO DIANTE DOS CONFLITOS DA EQUIPE

Mariana Lopes Serafim

Enfermeira egressa do Curso de enfermagem – UNESC.

Ivanir Prá da Silva Thomé

Enfermeira, mestre e docente do Curso de enfermagem - UNESC. ips@unesc.net

Valdemira Santana Dagostim

Enfermeira, mestre e docente do Curso de enfermagem - UNESC. vsd@unesc.net

Luciane Bisognim Ceretta

Enfermeira, doutoranda e docente do Curso de enfermagem - UNESC. luk@unesc.net

Neiva Junkes Hoepers

Enfermeira, mestre e docente do Curso de enfermagem - UNESC – neivajun@unesc.net

RESUMO

Os conflitos são inerentes ao ser humano e fazem parte do seu processo de evolução, sendo necessário para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional. A administração e gerenciamento de conflitos são intrínsecos e freqüentes nas organizações de saúde. Com isso, o estudo tem como objetivo identificar os enfrentamentos e a postura adotada pelo enfermeiro diante dos conflitos de sua equipe e quais são as condutas tomadas pelo enfermeiro da equipe. A pesquisa foi desenvolvida em um município do sul de Santa Catarina, com a participação de oito enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de estudo. Onde foi aplicado um questionário com perguntas semi-estruturadas, referentes aos conflitos e negociações de conflitos. Os maiores conflitos evidenciados pelos enfermeiros em suas equipes foram os relacionados à influência político-partidária, a falta de aperfeiçoamento técnico-científico e as habilidades técnicas da equipe. Tendo em vista essas dificuldades, fica como sugestão a execução da Educação Permanente em Saúde como uma das ações para a melhoria da qualidade do conhecimento técnico - científico da equipe.

Palavras-chave: Política; Planejamento e Administração em Saúde.

ABSTRACT

The conflicts are inherent to human beings and are part of the process of evolution, being necessary to the development and growth of any family system, social, political and organizational. The administration and management and frequent conflicts are intrinsic in healthcare organizations. Thus, the study aims to identify the confrontations and posture adopted by the nurse before the conflicts of his team and what behaviors are taken by the nurse team. The study was conducted in a town south of Santa Catarina, with the participation of eight nurses from the Family Health Strategy of the Municipality of study. Where was applied a questionnaire with semi-structured questions relating to conflict and conflict negotiation. The main conflicts evidenced by the nurses on their teams were related to partisan political influence the lack of technical expertise and scientific and technical skills of the team. Given these

difficulties, is running as a suggestion of Continuing Education in Health as one of the actions to improve the quality of technical and scientific the team.

Keywords: Politics; Planning and Health Administration.

INTRODUÇÃO

A administração e gerenciamento de conflitos nas organizações de saúde são envolvidos por vários fatos, que podem ser uma constante no cotidiano das pessoas que os gerencia.

O conflito é “[...] benéfico quando aumenta a produtividade ou quando funciona como catalisador para atingir metas; é prejudicial quando tem o efeito oposto, fazendo com que o trabalho perca o seu impulso, ou criando situações que resultam em desperdício de esforços” (DINSMORE, 1989).

Ainda, “os conflitos existem desde o início da humanidade, fazem parte do processo de evolução dos seres humanos e são necessários para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional” (NASCIMENTO & SAYED, 2002).

Enquanto que “Negociação é um processo no qual duas ou mais partes com objetivos comuns e controversos, encontram-se para debater e discutir idéias e propostas claras com a finalidade de que se consiga um acordo” (MARTINS et al, 2005).

Assim, para entendermos melhor o conflito, precisamos ter uma visão abrangente de suas inúmeras possibilidades, por ser para alguns indivíduos um medo intenso, fazendo entender que pode ser negativo por um lado e positivo em outro, e nessa diferença poderá aparecer o lado saudável. Em algumas situações devemos evitá-lo por ser prejudicial, mas em outras negociá-los, para aproveitar os benefícios que as diferenças podem gerar para o aprendizado, tanto profissional como o pessoal.

A necessidade de pesquisar a realidade enfrentada, no dia a dia de trabalho dos enfermeiros em suas equipes e por este assunto ser polêmico e de interesse de vários administradores nas organizações de saúde, leva-nos a refletir um pouco mais sobre este tema. Pois conflitos são discordâncias internas resultantes de diferentes idéias, valores ou sentimentos entre pessoas ou grupos.

Diante do exposto, pretendeu-se realizar uma pesquisa com o intuito de identificar e analisar a postura do enfermeiro diante dos conflitos de sua equipe, pois, essa é uma tarefa que realizamos cotidianamente em qualquer instituição que se trabalhe com seres humanos. Assim, levando ao problema de pesquisa que foi: Que Condutas são tomadas pelos enfermeiros diante dos conflitos da equipe? Para isso, traçaram-se como objetivos, identificar o enfrentamento e a postura adotada pelo enfermeiro diante dos conflitos de sua equipe. E como específico: apontar a conduta adota pelo enfermeiro diante dos conflitos de sua equipe; identificar qual a estratégia de negociação mais utilizada na solução dos conflitos; explorar quais as dificuldades e os maiores conflitos enfrentados pela enfermeira em sua equipe.

Revisão Teórica

Os Conflitos

Até pouco tempo os conflitos eram vistos apenas de forma negativa, ou seja, onde não existisse conflito era um sinal de bom relacionamento e, em casos de instituições, como sinal de competência e qualidade do trabalho (NASCIMENTO & SAYED, 2002).

Todo local de trabalho existe conflito, podemos administrar da melhor maneira, e “se você aprender a administrar o conflito, ao invés de deixar ele administrar você, irá descobrir novas idéias e novas soluções para problemas e aprender muito sobre você no processo” (MALLORY, 1997), ainda ressalta que, basta ter uma boa ferramenta para converter os aspectos negativos do conflito em experiência construtivas.

O conflito pode ser encarado de forma positiva ou negativa. Negativa quando pode prejudicar o grupo gerando rivalidades e desacordos e, como consequência, gerar descontentamento e dissolver laços dentro da equipe. Porém, se o conflito for pouco complexo, pode ter influência positiva na equipe de modo que mantém o grupo viável, autocrítico e criativo, melhorando a qualidade das decisões, estimulando a criatividade e a inovação e, encorajando a equipe a solucionar os conflitos, propiciando um ambiente de auto-avaliação e mudança (ROBBINS, 2003).

O termo conflito pode ser definido como “uma luta por valores e reivindicações de *status*, poder e recursos escassos, em que o objetivo dos

opponentes consiste em neutralizar, lesionar ou eliminar os rivais” (ANDRADE, ALYRIO, MACEDO, 2007).

Já para Nascimento e Sayed (2002): “Os conflitos existem desde o início da humanidade, fazem parte do processo de evolução dos seres humanos e são necessários para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional”.

Para melhor entender uma visão positiva dos conflitos, podemos conceituá-los como “um processo onde uma das partes envolvidas percebe que a outra parte frustrou ou irá frustrar os seus interesses (NASCIMENTO & SAYED, 2002).

Conflito ainda é definido como, “a percepção de diferenças incompatíveis, que resulta em interferência ou oposição” (ROBBINS, 2003).

Para que um conflito possa ser entendido e posteriormente resolvido, devem-se conhecer as possíveis causas que o levaram a surgir. Podemos citar: experiência de frustração de uma ou ambas as partes; diferenças de personalidade; metas diferentes; diferenças em termos de informações e percepções (NASCIMENTO & SAYED, 2002).

Os conflitos na área de enfermagem, também se caracterizam como em outras organizações, são conseqüências do aumento de críticas, discussões, mal entendidos e implicâncias entre os membros da equipe, causando insatisfações no trabalho e, com isso prejudicando usuários do serviço de saúde, que acabam tendo prejuízo no seu atendimento, sendo pouco qualificado e insatisfatório (SALES, LIMA, FARIAS, 2007).

Para ajudar a eliminar os conflitos, pode-se usar algumas estratégias, tais como: retirada; panos quentes; negociação; colaboração e força (DINSMORE, 1989).

A retirada consiste em desistir ou ceder por um determinado tempo o enfrentamento do conflito. É de cada um a escolha de desistir temporária ou definitivamente. É uma maneira passiva de resolver o conflito e, geralmente não soluciona o problema (DINSMORE, 1989).

Enquanto que panos quentes é a estratégia utilizada para ganhar tempo, onde ambas as partes continuam discordando umas das outras, contudo o discurso continua em consonância. É uma estratégia de apaziguamento. Neste caso buscam-se pontos comuns para um acordo e foge-se dos desacordos entre as partes. Esta

estratégia também não proporciona uma solução a longo prazo, e sim, uma solução provisória (DINSMORE, 1989).

A negociação implica em ambas as partes cederem quando as duas têm interesses que se chocam. Neste caso, a solução é definitiva se ambas as partes chegarem a um acordo que lhes satisfaçam (DINSMORE, 1989).

Colaboração é o ato de aprovação entre ambas as partes, ou seja, as duas partes procuram as soluções juntas.

Por último a força, que consiste em tomar decisões fazendo uso da autoridade e do poder, seguindo os níveis hierárquicos da instituição, em que, um lado sai vencedor e o outro vencido (DINSMORE, 1989).

Fica a interrogação, qual a melhor estratégia de negociação a ser adotada? E qual trará os resultados positivos e esperados? Cabe a cada um responder a estas interrogações de acordo com o seu cotidiano, analisando os seus conflitos juntamente com a equipe, para que se possa chegar a um acordo, satisfazendo todos.

A negociação pode ter um ou mais objetivos que um deles pode ou não ter prioridade. É um processo de comunicação que pode atingir um acordo entre as necessidades e idéias diferentes.

No entanto, “negociação é um processo no qual duas ou mais partes com objetivos comuns e controversos, encontram-se para debater e discutir idéias e propostas claras com a finalidade de que se consiga um acordo” (MARTINS et al, 2005).

Outros autores dizem que, “as negociações, em sua essência, envolvem concessões, sendo então, muito mais do que simplesmente persuasão (embora não se possa deixar de lado a fundamental importância da persuasão)” (MARTINELLI & ALMEIDA, 1997).

Ainda, para que haja um acordo onde se encontra divergência de opiniões, um dos lados tem que ceder, para que ambas as partes continuem as suas atividades diárias em harmonia. E sendo flexível, podemos administrar e gerenciar melhor o conflito, pois, quando entendido de maneira positiva, tem uma chance maior de ganhos do que perdas para ambas as partes, desta forma, criando-se vínculo maior nos relacionamentos e negociações futuras. Para isso, a flexibilidade é usada como peça chave nestas negociações e a cada tipo de situação, precisa-se

de estratégias adequadas para lidar e administrar os conflitos encontrados (MARTINELLI & ALMEIDA, 1997; NASCIMENTO & SAYED, 2002).

Portanto, é necessário que se conheça, as pessoas envolvidas no conflito, o tipo de conflito, a complexidade do conflito, e o que realmente está acontecendo naquele local, para que se possa tomar a decisão melhor possível para aquele momento.

Um gerente de equipe, aqui se tratando de equipes de enfermagem, deve conhecer os membros de sua equipe, ter um bom relacionamento com todos, e ao se deparar com situações de conflito, deve saber ouvir, falar, ser flexível, orientar e planejar a melhor solução sem tomar partido nenhum, respeitando ambos os lados e todas as diferenças, pois assim como acredita que seus objetivos e opiniões sejam importantes, os dos outros também o são.

Diante deste contexto, pretendeu-se realizar uma pesquisa com o intuito de identificar e analisar a conduta tomada pelo enfermeiro diante dos conflitos de sua equipe, pois, essa é uma tarefa realizada diariamente em qualquer instituição que se trabalhe com seres humanos. Assim, levando ao problema de pesquisa que foi: Que Condutas são tomadas pelos enfermeiros diante dos conflitos da equipe?

METODOLOGIA

Método nada mais é que o modo escolhido para se chegar ao objetivo que foi proposto, exigindo uma organização dos conhecimentos adotados e experiências anteriores (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa foi qualitativa, do tipo exploratória e de campo, pois, seu objetivo foi os dados subjetivos, sentimentos, decisões pessoais e, não dados que podem ser mensuráveis. Este tipo de pesquisa, é “utilizado quando não se pode usar instrumentos de medida precisos, deseja-se dados subjetivos, ou se faz estudos de um caso particular, de avaliação de programas ou propostas, ou ainda quando não se possui informações sobre o assunto” (LEOPARDI, 2002).

Foi desenvolvida em um município do Sul de Santa Catarina, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, contemplando oito enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Onde foi aplicado um questionário, contendo entrevista semi-estruturada, com perguntas referentes ao gerenciamento de enfermagem diante dos conflitos da equipe.

A escolha dos participantes deu-se de forma aleatória, até conseguir a amostra desejada e com o aceite em participar da pesquisa, através da concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como também, ser enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município em questão.

O desenvolvimento deu-se no mês de junho de 2010, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, sob o número de protocolo 99/2010. A abordagem dos enfermeiros foi efetuada mediante ofício de solicitação de autorização para realização da pesquisa, apresentando o projeto aos sujeitos pesquisados com agendamento de horário, data e local para a pesquisa. Como também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo aos aspectos éticos seguidos pelos princípios da Resolução 196/96 do CONEP- Conselho Nacional de Pesquisa.

Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo, que compreende a pré-análise, descrição analítica dos dados e interpretação referencial (TRIVINOS, 1995). E foi realizada a técnica de análise de dados, sendo ela em três momentos: pré-análise (leitura dos dados escritos); investigação e exploração do material (seleção das falas dos sujeitos e organização dos dados) e tratamento dos resultados (interpretação).

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Quando questionados quanto aos maiores conflitos enfrentados na equipe, a maioria respondeu por ordem de prioridade o conhecimento técnico-científico deficiente por parte da equipe, vindo em segundo os problemas político-partidários, ou seja, pelo fato de serem enfermeiros de instituições públicas, comandadas pelo governo e prefeituras, sofre forte influencia político-partidária; e por fim os de interação de equipe, tais como a não aceitação de normas estabelecidas pela instituição, ou a falta de comprometimento da equipe com o trabalho.

Quanto às estratégias utilizadas para a solução de problemas, a maioria respondeu que a negociação e a colaboração são as melhores estratégias a serem utilizadas nas negociações de conflitos entre a equipe.

Apenas dois deles, dizem usar da força como estratégia de administração de conflitos. Talvez, esta não seja uma boa estratégia, pois, Dinsmore (1989) diz

que, a negociação implica em ambas as partes cederem quando as duas têm interesses que se chocam. Neste caso, a solução é definitiva se ambas as partes chegarem a um acordo que lhes satisfaçam. A colaboração pode ser também uma forma para amenizar conflitos, pois é o ato de confirmação pelas duas partes, ou seja, ambas as partes procuram as soluções juntas. Ou seja, é a melhor maneira de se resolver conflitos, pois ambas as partes devem tomar juntas as decisões, onde todos ficam satisfeitos, gerando harmonia entre a equipe e aumentando a capacidade de cada indivíduo de lidar com os conflitos de maneira positiva.

Caso todas as estratégias sejam utilizadas e nada seja resolvido ou amenizado, então, usa-se da força como estratégia de negociação, descrito pelo mesmo autor citado anteriormente, como tomar decisões fazendo uso da autoridade e do poder, seguindo os níveis hierárquicos da instituição. Neste caso, um lado sai vencedor e o outro vencido (DINSMORE, 1989). Já para Tronchin (2010), diz que a uma das propostas para solução integrativa de problemas é a confiança entre as partes, isso torna-se fundamental para pensar alternativas que favoreçam o “ganha-ganha” e a confiança entre as partes.

Quando questionados quanto a dificuldade de gerenciar conflitos na equipe apenas dois responderam que não encontram dificuldade, os demais disseram que sim, encontram dificuldade, como também a sua própria insegurança ou pouca autonomia e a resistência as mudanças da equipe liderada.

“Os conflitos existem desde o início da humanidade, fazem parte do processo de evolução dos seres humanos e são necessários para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional” (NASCIMENTO & SAYED, 2002). Ou seja, os conflitos existem desde os primórdios e fazem parte da evolução da vida humana. Todos, em algum momento da vida, estarão em meio a um conflito, e basta utilizar-se de sabedoria e de algumas estratégias para passar por eles e sair de forma positiva, onde fiquem satisfeitos com o desfecho deste, ainda, tirem algum proveito do conflito.

Por fim, quando questionados, como você administra e negocia os conflitos de sua equipe, a maioria respondeu que de alguma forma encontra uma estratégia para gerenciá-los, como, observar e ouvir primeiramente, depois conversam individualmente e em grupos. Não conseguindo resolver, tomam o poder como decisão de resolução de conflitos. Visto que a estratégia de gerenciamento de conflitos mais utilizada é a negociação e a colaboração, e a maneira de administrá-

los é conversando de forma individual, ou em forma de reuniões coletivas, dando ouvidos a ambas as partes, e proporcionando espaço para que todos juntos, possam tomar uma decisão. Vindo ao encontro do que é negociação, “negociação é um processo no qual duas ou mais partes com objetivos comuns e controversos, encontram-se para debater e discutir idéias e propostas claras com a finalidade de que se consiga um acordo” (MARTINS et al, 2005).

CONCLUSÃO

Enfrentar conflitos faz parte do cotidiano das pessoas, não existem relações sem conflitos, e o manejo destes podem contribuir de forma positiva resultando no amadurecimento das pessoas, melhorando assim, as suas relações, tanto no trabalho, como na família, enfim, no ambiente de convívio de cada um.

Vários fatores podem levar aos conflitos no ambiente de trabalho, não só aqueles relacionados ao próprio trabalho ou à estrutura organizacional, mas também aqueles relacionados às questões individuais, pessoais e principalmente os de interesse tanto individual, de grupo, como os políticos- partidários.

Percebe-se que todos os enfermeiros têm vontade de gerenciar conflitos, cada um com seu estilo de gerenciamento. O que mostrou este estudo foi o déficit de conhecimento técnico-científico por parte da equipe, fazendo repensar na educação continuada, não só com os que gerenciam, mas com toda equipe, pois, uma equipe preparada, com certeza diminuirá seus conflitos.

Os problemas político-partidários também interferem muito, lembrando que as organizações públicas são administradas e gerenciadas por administradores que foram escolhidos politicamente e que devemos respeitar, mas não perdendo a essência do trabalho técnico científico e a seriedade profissional de todos os membros da equipe.

Por fim, lidamos com pessoas, e essas são diferentes umas das outras, para isso podemos estar visando uma maior compreensão de como lidar com o comportamento humano nas organizações, principalmente a pública.

Também, devem ser feito ajustes em conteúdos que abordem Planejamento de ações, priorizando ações que integram toda a rede institucional, implementando o processo de trabalho das Estratégias Saúde da Família com programa de educação e comunicação em saúde, ouvindo e negociando as diversas

formas de pensar dentro da equipe interdisciplinar, para obter um bom trabalho em toda equipe de saúde (BENITO & FINATO, 2010).

Portanto, sugerimos que os enfermeiros procurem aprofundar seus conhecimentos quanto este tema, e realizar estudos e discussões entre as equipes, sobre os conflitos encontrados no seu local de trabalho. Assim podemos concretizar e aprender um pouco mais sobre a administração e gerenciamento de conflitos que é inerente e freqüente nas organizações de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rui Otavio; ALYRIO, Rivigati Danilo; MACEDO, Marcelo Álvaro da Silva. **Princípios de Negociação: Ferramentas e Gestão**. 2ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

BENITO, Gladys Amélia Vélez; FINATO, Pâmela Cabral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet];12(1):140-9, 2010.
<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a17.htm>. Acesso em 22/10/10.

DINSMORE, Paul Campbell. **Poder e Influência Gerencial: além da autoridade formal**. Rio de Janeiro: COP, 1989.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002.

MALLORY, G. A. **Believe it or not: conflict can be healthy once you understand it and learn to manage it**. Nursing81, New York, p. 97-102, June 1997.

MARTINELLI, Dante Pinheiro & ALMEIDA, Ana Paula. **Negociação: como transformar confronto em cooperação**. São Paulo: Atlas, 1997.

MARTINS, Evelize Mara de Souza Gomes et al. **Negociação e administração de conflitos**. Curso de administração da UNIVALI – Campus VII, São José, SC. 2005.

NASCIMENTO, Eunice Maria & SAYED, Kassen Mohamed. **Administração de conflitos**. Coleção gestão empresarial. Faculdades Bom Jesus Capital humano/Fae Business School. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002.

ROBBINS, Stephen Paul. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2003.

SALES, Ana Amélia da Rocha; LIMA Flavia Regina Furtado; FARIAS Francisca Sonia de Andrade Braga. **Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 20(2):111-115, 2007.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ed. Atlas, 1995.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto et al. **Gerenciamento em enfermagem**. In: KURCGANT, Paulina (Org). 2ª Ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA SAÚDE: TECNOLOGIAS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre em Enfermagem. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. UNESC. luk@unesc.net.

Lisiane Tuon Bitencourt

Doutora em Ciências da Saúde. Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. UNESC. ltb@unesc.net.

Mágada T. Schwalm

Mestre em Enfermagem. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva. UNESC. mts@unesc.net.

Kelly Cristina Ferreira

Fisioterapeuta. Preceptora do PET Saúde da Família. Secretária do Sistema de Saúde de Criciúma – SC. kellyferreira@criciuma.saude.sc.gov.br.

Renan Antônio Ceretta

Mestre em Ciências da Saúde. Tutor do PET Saúde da Família Criciúma. UNESC. rce@unesc.net.

RESUMO

O Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde é um projeto financiado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e se configura como uma das mais importantes políticas indutoras de mudanças na formação dos profissionais da saúde, visando ao preparo dos então acadêmicos para atuação no SUS, e estudando neste SUS entendido como escola. O PET Saúde Criciúma foi implantado em 2009, conta com tutores de preceptores dos cursos da área da saúde da UNESC e Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma e desenvolve atividades em 27 Unidades de Saúde sob o tema Tecnologias para a Integralidade do Cuidado na Atenção Básica em Saúde de Criciúma – SC, com foco sobre as unidades de saúde da família. Enquanto principais resultados constata-se a integração dos acadêmicos dos diversos cursos da área da saúde entre si; a construção do vínculo destes acadêmicos com as comunidades e os trabalhadores de saúde; a instrumentalização destes acadêmicos para o trabalho no SUS, a construção de itinerários terapêuticos e projetos terapêuticos singulares dentre outros.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

The Education for Work in Health is a project funded by the Ministry of Health and Ministry of Education and is configured as one of the most important policies that induce changes in the training of health professionals, aimed at preparing students for work then the SUS, and studying in this school understood as SUS. PET Crickhowell Health was established in 2009, has tutors tutors of the courses in the health area of UNESCO and Secretariat of the Health System of Crickhowell and develops activities in 27 health units under the theme for the Entire Technology in Primary Care health Criciúma - SC, focusing on family health units. While it appears

the main results of the integration of various academic courses in the area of health with each other, the construction of the link of academics with communities and health workers, the instrumentalization of academics to work in the SUS, the construction of therapeutic itineraries individual therapeutic and projects among others.

Keywords: Completeness Health; Labor Education Program for Health; Family Health.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a conceituação do processo saúde-doença ampliou-se, em razão do reconhecimento do papel dos determinantes sociais das doenças, o que representa um novo desafio para os formuladores de políticas públicas de saúde, visto que se torna necessário incluir outros setores da sociedade (educação, trabalho, habitação, saneamento) para promover a saúde das populações. (BUSS, 2007)

As discussões sobre os determinantes do processo saúde e doença que são efetuadas no cotidiano da sala de aula somente agregam força e valor ao aprendizado no sentido da mudança de atitude se forem vivenciadas na prática. O cenário atual dos serviços de saúde mostra, em diversos níveis de complexidade, a conformação do processo saúde e doença. Vivenciar estas situações no território onde as mesmas acontecem produz significado a aprendizagem. A partir destas vivências, é possível ao estudante compreender que o contexto de vida das pessoas influencia diretamente o seu processo de nascer, viver, adoecer, buscar práticas de cuidado e morrer.

Com a mudança dos paradigmas da educação superior, a vivência precoce nos cenários de prática profissional tem sido preconizada, o que possibilita a associação entre teoria e prática na formação dos futuros profissionais da saúde. É necessário, portanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazo, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o país, responsáveis por essa formação, devem ter papel pró-ativo e serem os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros. (CAVALHEIRO E GUIMARAES, 2007)

No Brasil ainda predomina na área da saúde a formação profissional “alheia ao debate crítico sobre o cuidado à saúde” em ambientes fora do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma desconectada da realidade socioepidemiológica da população (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto de discussões e na tentativa de implantar propostas com efetiva contribuição para a associação entre ensino e cenário de práticas é que surgiu o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET Saúde, sendo considerado uma das importantes políticas indutoras de mudanças na formação dos profissionais de saúde e, materializado com recursos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2008)

Trata-se de Projeto de extensão vinculado ao ensino e a pesquisa, desenvolvido entre a UNESCO e a Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma e, tem por finalidade estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

A identificação das potencialidades e desafios na formação para o SUS é fundamental a fim de operar mudanças tanto no ensino como no serviço. (CAVALHEIRO E GUIMARAES, 2007)

No campo das políticas públicas para a consolidação do SUS, o PET-Saúde é um instrumento para o desenvolvimento da educação permanente em serviço. Isso porque ele possibilita a articulação entre as práticas de ensino e a atenção à saúde, unindo a gestão dos serviços e as instituições responsáveis pela formação profissional (BRASIL, 2007a).

A Universidade necessita ampliar e aprofundar as discussões sobre a formação profissional, particularmente na área da saúde. Tradicionalmente circunscrito aos docentes da área de saúde coletiva, o debate sobre a formação para o SUS precisa incorporar os demais atores envolvidos neste processo, com o

objetivo de promover uma visão ampliada do Sistema Único de Saúde, que enfatize o princípio da integralidade das práticas de saúde.

Apostar na possibilidade de construção do novo, investir no estabelecimento de relações horizontalizadas, onde todo o produto e frutos são compartilhados, onde não há uma academia que simplesmente se utiliza do serviço como local de estágio, nem um serviço que se utiliza do estudante como mera “mão-de-obra” tem sido o esforço empreendido por quem está à frente do trabalho de integração ensino-serviço. (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2007)

Uma das condições necessárias para o alcance de melhores níveis de saúde na população é a capacitação de profissionais segundo os princípios do SUS. A atuação desses profissionais será mais efetiva quando o planejamento das ações levar em consideração as condições gerais de vida da população, a possibilidade de acesso aos serviços, a presença de equipamentos sociais, a mobilização e organização social e a articulação intersetorial dos agentes públicos. (ABREU, 2009)

Nesse sentido, o PET-Saúde apresenta-se como um instrumento de capacitação dos profissionais e estudantes em cenários reais, elegendo como problemas o que é identificado no cotidiano dos serviços e na vida da comunidade. (ABREU, 2009)

Este artigo apresenta uma reflexão sobre as contribuições do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da Família desenvolvido em parceria entre UNESCO e Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma enquanto tecnologia fundamental para a integralidade do cuidado em saúde da família.

METODOLOGIA: O RELATO DA EXPERIÊNCIA

O PET Saúde da Família é desenvolvido em 23 Unidades de Saúde da Família de Criciúma – SC, num processo que inclui 05 professores tutores, 25 profissionais preceptores de serviço e 60 acadêmicos bolsistas, além dos acadêmicos voluntários.

O Projeto iniciou-se em 2009 mediante aprovação no Edital de número 18/2009 dos Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O projeto da UNESCO denominou-se “Tecnologias para a integralidade do cuidado em saúde na atenção básica do município de Criciúma – SC” e desenvolve atividades em cinco linhas: A Integralidade do cuidado na saúde do homem; A Integralidade do Cuidado a

Diabéticos e Hipertensos; A Integralidade do Cuidado por meio da Atividade Física, qualidade de vida e estímulo à funcionalidade em idosos; A Integralidade do Cuidado por meio de práticas complementares e A Integralidade do Cuidado por meio de prevenção da obesidade infantil.

Inicialmente construiu-se um diagnóstico de vida e saúde das comunidades e, a partir disso definiu-se as linhas de atuação. Para cada linha desenvolveu-se um levantamento de informações para planejar as intervenções buscando a promoção da saúde e a prevenção das doenças por meio da educação para a saúde envolvendo as equipes de saúde em processo de parceria com os professores tutores e os acadêmicos bolsistas.

Os Tutores são professores da Universidade e possuem 08 horas semanais de dedicação ao programa. Os preceptores são professores universitários e profissionais que atuam no serviço de saúde de Criciúma e também possuem 08 horas para dedicação ao programa. Cada monitor bolsista, acadêmico de um dos cursos da área da saúde da UNESC possui 20 horas semanais para dedicação ao programa. Quinzenalmente ocorrem os encontros PET Saúde quando são discutidas questões pertinentes ao programa, apresentadas ações desenvolvidas e é também um momento de integração entre as profissões da área da saúde.

O Projeto seguiu o seguinte percurso metodológico:

Atividade 1 - Apresentação do PET Saúde aos gestores dos cursos de graduação da área da saúde da UNESC, gestores da instituição, Prefeitura Municipal de Criciúma, CIES e Conselho Municipal de Saúde de Criciúma;

Atividade 2 – Seminário de Sensibilização para o PET Saúde

Atividade 3 – Instrumentalização dos preceptores e acadêmicos bolsistas e voluntários

Atividade 4 – Apresentação do projeto aos conselhos populares de saúde das Unidades de Saúde de Abrangência

Atividade 5 – Diagnóstico de Saúde da Comunidade

Atividade 6 – Desenvolvimento das linhas de atuação a partir do diagnóstico de vida e saúde da comunidade

Atividade 7 – Implantação dos Encontros PET Saúde

Atividade 8 – Construção do espaço PET Saúde no ambiente virtual da UNESC

Atividade 9 – Oficina de construção de artigos acadêmicos para o PET Saúde

Atividade 10 – Seminário PET Saúde da Família envolvendo trabalhadores de saúde, usuários, gestores e equipe PET Saúde, além dos coordenadores dos cursos de graduação e demais acadêmicos e professores interessados.

O método de trabalho foi centrado na dinamização de grupos tutoriais pela mediação pedagógica exercida pelo tutor, sendo o educando o sujeito do processo de aprendizagem. Quando se oportuniza a identificação das potencialidades individuais, promove-se a autonomia, a capacidade de analisar e resolver problemas e faz-se a elaboração coletiva do conhecimento (MARTINS, 2010). Coube ao tutor orientar os momentos de revisão e avaliação das atividades. No grupo tutorial espera-se do tutor a competência para estimular o “aprender a aprender” e a compreensão clara da prática desenvolvida pelos estudantes (BOTTI; REGO, 2008). A supervisão direta dos estudantes no ambiente de trabalho ficou a cargo dos preceptores em acordo com os objetivos e metas definidos pelo projeto e previamente pactuados com todo o grupo.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O PET Saúde tem sido um forte indutor de mudanças na concepção de saúde por parte dos acadêmicos e professores tutores participantes na medida em que, possibilita aos mesmos o conhecimento da realidade do SUS na perspectiva de um SUS como Escola.

Para o serviço de saúde o PET igualmente tem apresentado contribuições importantes na medida em que possibilita análise e reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família, permitindo a reestruturação dos programas e serviços na perspectiva das necessidades da população.

O diagnóstico de vida e saúde das comunidades também possibilitou às Unidades de Saúde o conhecimento real sobre a população adscrita.

Os objetivos propostos para o PET Saúde estão sendo alcançados, bem como as metas estipuladas para o projeto em cada linha de pesquisa. Tem sido surpreendente o apoio recebido pelo projeto, a divulgação local e regional do

mesmo, bem como a aceitação dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde. Por se tratar de um projeto ainda em desenvolvimento estes objetivos seguramente deverão avançar em sua consecução, estando no momento, parcialmente atingidos.

Procurou-se permanentemente garantir a pró-atividade de todos os componentes dos grupos tutoriais por meio da estratégia de reuniões periódicas, nas quais eram compartilhadas as ações desenvolvidas, com revisão de estratégias e correção de rumos.

Ao término do período de vigência dos grupos tutoriais, foram realizadas reuniões de avaliação e apresentação dos resultados do trabalho nas UBS. De forma geral, a iniciativa do PET-Saúde foi avaliada de modo muito positivo.

Dentre os principais resultados apresentados estão:

- a) Instrumentalização dos alunos dos cursos de graduação envolvidos e os trabalhadores de saúde da atenção básica para a construção do diagnóstico de vida e saúde da comunidade; sensibilizando-os sobre a importância do mesmo;
- b) Construção de itinerários terapêuticos para as situações prementes apontadas pelo diagnóstico de vida e saúde da comunidade, considerando as necessidades da população;
- c) Construção de projetos terapêuticos coletivos, com abordagem interdisciplinar, envolvendo estudantes dos cursos de graduação na área da saúde com os trabalhadores de saúde;
- d) Sensibilização da população usuária dos serviços de saúde sobre participação social no SUS; processo saúde e doença e princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da família;
- e) Instrumentalização dos acadêmicos dos cursos de graduação envolvidos, para a prática da pesquisa no SUS, especificamente na Estratégia Saúde da Família, por meio de práticas interligadas com os trabalhadores de saúde das referidas Unidades de Saúde.

Nesse sentido, o PET-Saúde apresenta-se como um instrumento de capacitação dos profissionais e estudantes em cenários reais, elegendo como problemas o que é identificado no cotidiano dos serviços e na vida da comunidade. No seu desenvolvimento prioriza-se a reflexão dos agentes sobre a própria prática e,

sendo necessário, faz-se a reorientação das ações planejadas. Nesse movimento, estudantes, profissionais do SUS e professores trabalham em equipe, em campos de conhecimento de domínio comum, agregando, de forma colaborativa, habilidades específicas em projetos coletivos de cunho educativo (DAVINI, 2009).

CONCLUSÃO

O PET Saúde vem apresentando contribuições significativas sendo uma das mais importantes políticas indutoras de mudanças da formação em saúde já adotadas pelo Ministério da Saúde e, também, uma das mais importantes estratégias para mudanças no cenário de práticas das Unidades de Saúde da Família. Desta forma, conclui-se que as atividades até então desenvolvidas cumprem com a meta de propiciar o desenvolvimento acadêmico no âmbito da Atenção Básica através da interação ensino-serviço-comunidade, desenvolvendo compreensão crítica e integral do processo saúde-doença além de gerar benefícios para a comunidade abrangente, como a melhoria na qualidade de vida.

Por fim, O Projeto PET-Saúde possibilitou aos envolvidos a oportunidade de formação acadêmico-profissional na linha da integralidade da atenção e do cuidado, e da interdisciplinaridade. Estas oportunidades de formação necessitam ser multiplicadas para o fortalecimento dos princípios do SUS na atenção básica.

Por fim, tem sido possível constatar a ampliação da pesquisa associada ao contexto do ensino a partir das linhas desenvolvidas no PET Saúde, assim como, ampliou-se o número de ações de educação para a saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde .

Nos cenários das UBS, já é possível identificar resultados bastante palpáveis, assim como uma evolução positiva na participação dos estudantes segundo os objetivos do PET-Saúde Com relação aos cursos de graduação, este impacto é mais lento, em que pese as já possíveis observações possíveis nos cenários dos cursos.

De modo geral, no entanto, pode-se afirmar que o PET Saúde tem se transformado em tecnologia essencial para a mudança na formação dos profissionais de saúde assim como, para a atuação dos já profissionais de saúde no cenário de práticas. Trata-se assim de importante ferramenta para a integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, MHNG. Et AL. **A experiência do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da UFMG: o caso da interface saúde/ambiente.** Educação em Foco. Ano 12 - n. 13 - julho 2009 - p. 13-28

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.*

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em 08 de setembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Portaria Interministerial N° 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. In: **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?** *Rev Bras Educ Med*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 363-373, Abr. 2008.

BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(1):77-93.

CAVALHEIRO, MTP., GUIMARAES, AL. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino e serviço.** *Desafios para Integração Ensino Serviço.* Oficina FNEPAS. 2007. disponível em http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/formacao_para_sus_desafios_integracao.pdf. Acesso em 10/10/2011.

CHIESA, AM. Et al. **Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde: A experiência da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.** São Paulo. 2009

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>>. Acesso em 09 outubro de 2011.

MARTINS, I. L. **Educação tutorial no ensino presencial - uma análise sobre o Pet.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/PET/pet_texto_iv.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2011.

PROPOSTA DE INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Solyani Grassi Maravai

Grupo de Pesquisa e Extensão em Assistência Farmacêutica (GEPAF), Acadêmico do Curso de Farmácia.

Dyeison Bernardo Matias

Grupo de Pesquisa e Extensão em Assistência Farmacêutica (GEPAF), Acadêmico do Curso de Farmácia.

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenadora PET Saúde UNESC.

Angela Erna Rossato

Grupo de Pesquisa e Extensão em Assistência Farmacêutica (GEPAF), Tutora PET-Saúde.

Indianara Reynaud Toreti Becker

Grupo de Pesquisa e Extensão em Assistência Farmacêutica (GEPAF), Preceptora PET Saúde UNESC.
irt@unesc.net.

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma proposta de inserção da fitoterapia em âmbito municipal a partir de diagnóstico da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos em quatro unidades de saúde da família do município de Criciúma na percepção de usuários e profissionais de saúde. O trabalho é resultado das atividades propostas pelo Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde 2010) no eixo temático *Práticas Integrativas como possibilidade para integralidade do cuidado em saúde da Estratégia Saúde da Família*. Trata-se de um estudo exploratório transversal de caráter descritivo utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista estruturada, realizado com usuários e profissionais de saúde de quatro unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Criciúma/SC. Os resultados obtidos demonstram interesse por parte de profissionais de saúde e usuários pela inserção da fitoterapia no âmbito da atenção básica. Como estratégias para inserção propõe-se a disponibilização de medicamentos fitoterápicos, mudas de plantas medicinais validadas, chás ou drogas vegetais; capacitação dos profissionais de saúde; incentivo à prescrição de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com indicações terapêuticas validadas e criação de Centro de Referência em Terapias Naturais. O município pode propor parceria com a universidade através de projetos de extensão para a inserção da fitoterapia em âmbito municipal.

Palavras-Chave: Fitoterapia; Atenção Básica; Práticas Integrativas e Complementares; PET-Saúde.

ABSTRACT

This paper presents a proposal of insertion of the phytotherapy in municipal scope from the diagnostic use of medicinal plants and phytotherapics in four units of family health of the Criciúma city in the perception of users and health professionals. The work is the result of the activities proposed by the Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde 2010) in the axis thematic Integrative Practices as a possibility for integrality of the care health of the Family Health Strategy. It's a study transversal

exploratory of descriptive character using as technique of data collection the structured interview conducted with users and health professionals of four units of Family Health Strategy (FHS) of the Criciúma/SC city. The results obtained show interest by health professionals and users by insertion of phytotherapy in scope of the basic attention. As strategies for insertion proposes to the availability phytotherapics drugs, medicinal plants seedlings validated, teas or vegetal drugs; capacity of the health professionals; inducements to prescribe of Medicinal Plants and Phytotherapics with therapeutic indications validated and creation of Center Reference in Natural Therapies. The city may propose partnership with the university through of extension projects for the insertion of the phytotherapy in city scope.

Keywords: Phytotherapy; Basic Attention; Integrative Practices and Complementaries; PET-Saude.

INTRODUÇÃO

Em um cenário de reabertura política e com reconhecimento de falência do modelo de saúde centrado na doença, a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe um conceito mais abrangente de saúde, visando sua promoção, prevenção, proteção e recuperação (BRASIL, 1986).

Nesta conferência, foi deliberada em seu relatório final, a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático para escolher a terapêutica preferida, dando possibilidades a diferentes abordagens face ao adoecimento (BRASIL, 1986). Este relatório e os princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade da assistência) criados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) permitiram uma pluralidade no que diz respeito à atenção à saúde.

Várias são as discussões no âmbito da prática assistencial sobre a busca da interdisciplinaridade no processo saúde-doença, o que pode ser atingido a partir do uso de terapias complementares, perfazendo mais uma forma para promoção da integralidade do cuidado. O Ministério da Saúde recomenda o uso dessas práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na atenção básica, como nova alternativa para promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Houve, na sociedade brasileira, uma crescente legitimação da abordagem terapêutica baseada no sistema holístico. Um reflexo desse processo foi o aumento da demanda pela efetiva incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em maio de 2006, o Ministério da Saúde

publicou na Portaria 971 as diretrizes e responsabilidades para implantação das ações e serviços relativos às PIC em âmbito nacional. Esta portaria incentiva as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a readequarem seus planos, programas, projetos e atividades, tendo em vista a inclusão das PIC nos serviços oferecidos à população. (BRASIL, 2006c).

As práticas contempladas nas diretrizes da PNPIC foram definidas após um diagnóstico situacional daquelas já utilizadas no SUS, entre as quais se destacaram a medicina tradicional chinesa-acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia, o termalismo social, a crenoterapia e a medicina antroposófica, além das práticas complementares de saúde (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2009a).

A PNPIC possui o intuito de legitimar e fortalecer as práticas integrativas e complementares no SUS, e para que isso se concretize foram definidos diversos objetivos: (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2006c).

Cerca de seis meses após a promulgação da Portaria 971, foi divulgada em 17 de novembro de 2006, a Portaria 853, que inclui na tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço acupuntura - Práticas Integrativas e Complementares, realizadas por profissionais de saúde especialistas em acupuntura. A política pública brasileira voltada às práticas Integrativas gerou alguns desdobramentos como, por exemplo, uma política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, publicada em julho de 2006 (BRASIL, 2006b).

O estabelecimento da PNPIC no Brasil, mesmo recente, já permite reconhecer alguns avanços, entre eles, a realização de atividades de formação profissional, a ampliação do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira na atenção básica, assegurado formalmente pela Portaria 4.217/10, além do financiamento de projetos de pesquisa em acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterápicos. Além disso, já existem mais de 800 municípios brasileiros que oferecem alguns desses tratamentos pelo SUS,

realizando anualmente cerca de 380 mil procedimentos de acupuntura e mais de 300 mil em homeopatia. Tal política se consolidou não apenas pelo acesso, mas também pelo número de profissionais que trabalham na área dentro do sistema oficial (BRASIL, 2009a).

No entanto, a publicação da portaria é uma conquista para a saúde pública, porém, não garante o acesso efetivo a essas práticas de saúde. Para efetivar as estratégias de promoção do acesso e uso racional das PIC é importante um diagnóstico inicial em âmbito municipal. Torna-se imperioso a realização de diagnóstico situacional das práticas no SUS, com destaque para: a inserção dessas práticas no SUS, o levantamento da capacidade instalada, o número e o perfil dos profissionais envolvidos, a capacitação de recursos humanos, a qualidade dos serviços, entre outros (BRASIL 2006b).

O presente trabalho apresenta uma proposta de inserção da fitoterapia em âmbito municipal a partir de diagnóstico da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos em quatro unidades de saúde da família do município de Criciúma na percepção de usuários e profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório transversal de caráter descritivo utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista estruturada, realizado com usuários e profissionais de saúde de quatro unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Criciúma/SC. A escolha destas deve-se ao fato de participarem como cenário de prática do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde 2010) no eixo temático *Práticas Integrativas como possibilidade para integralidade do cuidado em saúde da Estratégia Saúde da Família*.

Todos os profissionais de saúde foram entrevistados, totalizando vinte e quatro (24) profissionais, sendo estes prescritores, enfermeiras, agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem. O cálculo da amostra de usuários foi realizado por ESF de acordo com o número de famílias cadastradas, utilizando erro amostral de 7% e o cálculo de Barbetta (2001), totalizando 672 famílias.

A coleta de dados foi efetuada no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011 na residência dos usuários e nas ESFs. O questionário foi aplicado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo nº 67/2010), da

Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, mediante explanação dos objetivos e assinatura de anuência da Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado.

Após análise dos resultados obtidos com as entrevistas, seguindo as legislações pertinentes e por ser uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou-se revisão bibliográfica para propor meios de inserção da Fitoterapia no município de Criciúma, baseando-se nas possibilidades do município.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Diagnóstico Situacional Da Utilização De Plantas Medicinais E Fitoterápicos

Usuários

Dos 672 usuários entrevistados, 77,08% são do sexo feminino e 22,91% do sexo masculino, sendo que a faixa etária variou de 18 à 87 anos. O grau de escolaridade alternou entre analfabeto (1,2%) a doutorado (0,1%), sendo que o maior percentual encontrado para o grau de escolaridade foi o Ensino Fundamental Incompleto com 47,8%. Quanto à carreira profissional, foram encontradas 110 profissões distintas, que vão desde microempresário até desempregados e do lar. O maior percentual em relação a renda familiar foi de 42,2% para famílias que recebem mais de 2 e até 3 salários mínimos, seguido de 28,4% para renda familiar de mais de 1 até 2 salários mínimos.

Afirmaram que fazem ou já fizeram uso de plantas medicinais, 69% (n=467) dos usuários entrevistados, sendo que destes, 64% relataram que utilizam para fins medicinais freqüentemente; 81% (n=545) mencionaram que gostariam que o médico do SUS prescrevesse fitoterápicos. E ainda, 81% (n=545) gostariam de receber mudas de plantas medicinais para cultivo domiciliar; e 90% (n=603) têm interesse em receber informações sobre a utilização de plantas medicinais por profissionais de saúde.

Profissionais de Saúde

Dos quatro (04) prescritores entrevistados, 50% (n=2) são do sexo feminino e 50% (n=2) são do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, 75% (n=3) possuem Especialização. Entre as áreas da pós-graduação, 33,33% (n=1) foi realizado na área de Acupuntura, e 66,67% (n=2) não possuem relação com as Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Cada prescritor atua em especialidades médicas distintas, sendo elas Clínica Geral (25%), Medicina do Trabalho (25%), Clínica Médica (25%), e Saúde da Família (25%).

Com relação ao tempo que trabalham na rede municipal de saúde, a maioria (50%) afirmaram que trabalham entre 3-6 anos, seguido de 6-9 anos (25%), e entre 9-12 anos (25%).

De todos os demais profissionais de saúde entrevistados (n=20), 100% são do sexo feminino. Quanto à profissão, 15% (n=3) são enfermeiras, 30% (n=6) são técnicas de enfermagem; 50% (n=10) são agentes comunitárias de saúde e 5% (n=1) se identificaram como de outra profissão, porém sem identificação. O grau de escolaridade alternou entre Ensino Fundamental Incompleto (5%) a Especialização (10%), sendo que o maior percentual encontrado para o grau de escolaridade foi Ensino Médio Completo (40%) seguido de Ensino Superior Incompleto (35%); 5% (n=1) possuem Ensino Superior Completo e 5% (n=1) não responderam a esse questionamento. Dos profissionais que fizeram Especialização, 100% afirmaram que a área de especialização não possui relação com as PICs.

Com relação ao tempo que trabalham na rede municipal de saúde, a maioria (30%) afirmaram que trabalham entre 3-6 anos, seguido de 9-12 anos (20%). Outras respostas obtidas foram de menos de 1 ano (5%), entre 1-3 anos (25%), entre 6-9 anos (15%) e 14 anos (5%).

Dos prescritores, 50% (n=2) acreditam na eficácia das plantas medicinais e concordam com sua inserção no SUS, sendo que 75% (n=3) aconselham o uso das mesmas. Apenas 25% (n=1) acreditam que fitoterápicos tenham mesma eficácia clínica que os medicamentos sintéticos e 75% (n=3) raramente prescrevem fitoterápicos.

Se a rede municipal de saúde disponibilizasse alguns medicamentos fitoterápicos, 50% das respostas mencionaram que adotariam na sua prática prescritiva Isoflavona da soja (*Glycine Max*) para climatério; 16,66% Alcachofra

(*Cynara scolymus*) para hipercolesterolemia; 16,66% Cáscara Sagrada (*Rhamnus purshiana*) sem descrever qual a indicação; 16,66% Guaco (*Mikania glomerata*) para tosse.

Todos, 100% (n=4) dos prescritores afirmaram que não possuem formação sobre plantas medicinais e fitoterápicos, sendo que destes, 75% (n=3) têm interesse em receber informações sobre o assunto.

Com relação aos demais profissionais da saúde, 80% (n=16) acreditam na eficácia terapêutica de plantas medicinais, no entanto, 55% (n=11) não aconselham aos usuários o uso de plantas medicinais; e 70% (n=14) concordam com a inserção das mesmas no Sistema Único de Saúde;

Das respostas obtidas, 80% (n=16) afirmaram não possuir formação em plantas medicinais e fitoterápicos, sendo que os demais não recordam de ter tido essa formação, no entanto, 80% (n=16) têm interesse em receber informações sobre plantas medicinais e fitoterápicos.

Proposta para inserção da Fitoterapia no município de Criciúma

Considerando o diagnóstico realizado e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, descrevemos abaixo as possibilidades existentes para inserção da fitoterapia em âmbito municipal.

Disponibilização de medicamentos fitoterápicos.

Atualmente os municípios brasileiros tem a possibilidade de disponibilizar oito medicamentos fitoterápicos com o financiamento definido pela Portaria 4.217, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Para que esta ação se efetive, fez-se necessário:

- a) Levantamento epidemiológico de patologias que podem ser tratadas com os fitoterápicos disponibilizados na Portaria 4217.
- b) Levantamento de informações técnicas e científicas sobre os medicamentos disponibilizados na Portaria 4217.

- c) Definição dos fitoterápicos de interesse para o município, com base nos dados epidemiológicos, informações científicas e entrevista com profissionais de saúde (médicos).
- d) Padronização dos medicamentos fitoterápicos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).
- e) Desenvolvimento de ficha farmacoterapêutica dos fitoterápicos padronizados e divulgação deste material para os prescritores.
- f) Capacitação de profissionais de saúde sobre a utilização dos fitoterápicos padronizados.

O financiamento dos medicamentos fitoterápicos é tripartite (incentivo federal, com contrapartidas estadual e municipal). A elaboração do material técnico, bem como a capacitação dos profissionais de saúde pode ocorrer através de parceria entre universidade e secretaria municipal de saúde, através de projetos de extensão.

Capacitação dos profissionais de saúde

A inserção das atividades de fitoterapia em âmbito municipal perpassa pela capacitação dos profissionais de saúde que estarão diretamente envolvidos com estas atividades, desde prescritores até agentes comunitários de saúde.

O financiamento das ações de capacitação podem ser executadas com 15% dos valores repassados, conforme Portaria 4217 (BRASIL, 2009b citar 4217), para isso é preciso inserir esta ação no planejamento anual da Assistência Farmacêutica municipal.

A capacitação deve abordar os temas sobre Fitoterapia que possuem maior relevância na prática dos profissionais de saúde envolvidos com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e pode ser realizada através de parceria com a universidade. Estratégias como cursos, palestras, simpósios, workshop e oficinas podem ser utilizados.

Incentivo à prescrição de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com indicações terapêuticas validadas

O Ministério da Saúde disponibiliza uma relação plantas medicinais e fitoterápicos que possuem indicações terapêuticas validadas para utilização em algumas patologias. O incentivo de prescritores para utilização de plantas medicinais e fitoterápicos pode ser realizado através de:

- a) Capacitações que demonstrem a eficácia plantas medicinais e fitoterápicos em determinadas situações clínicas.
- b) Disponibilização nas unidades de saúde de informações fidedignas sobre plantas medicinais e fitoterápicos (memento terapêutico para profissionais, guias fitoterápicos, materiais instrutivos sobre uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos).
- c) Estimular a universidade em pesquisar plantas medicinais utilizadas pela população de Criciúma, a fim de validar o uso terapêutico das mesmas.

Distribuição de mudas de plantas medicinais validadas

O município deve realizar um levantamento das patologias prevalentes que podem ser tratadas com plantas medicinais. A distribuição de mudas de plantas medicinais pode ser realizada nas unidades de saúde e possibilita o cultivo nas residências dos usuários. No entanto, esta atividade requer alguns cuidados, para que se possa manter a eficácia e segurança dos usuários:

- a) Realizar a distribuição apenas de plantas medicinais validadas;
- b) O cultivo das mudas de plantas deve ser realizado por profissionais especializados que assegurarão correta identificação botânica das mesmas;
- c) Os usuários devem ser orientados sobre cuidados de cultivo e utilização racional das mudas que estarão recebendo.

- d) Os profissionais das unidades de saúde devem receber capacitação sobre as plantas que serão distribuídas para que possam orientar os usuários e promover o uso racional das mesmas.

A única regulamentação que existe para a planta medicinal no Brasil é a que trata de sua dispensação, determinando que “a dispensação de plantas medicinais é privativa das farmácias e ervarias, observados o acondicionamento adequado e a classificação botânica.” (BRASIL, 1973). Preconiza, ainda, a referida lei que as embalagens não podem ter alegações terapêuticas, porque, devido à definição legal, apenas os medicamentos, ou seja, os fitoterapêuticos podem tê-las.

Distribuição de chás ou das drogas vegetais

Droga Vegetal é definida como a planta medicinal, ou suas partes, que contenham as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada (BRASIL, 2010). “Chá” é o produto constituído de uma ou mais partes de espécie(s) vegetal(is) inteira(s), fragmentada(s) ou moída(s), com ou sem fermentação, tostada(s) ou não, constante de Regulamento Técnico de Espécies Vegetais para o Preparo de Chás. O produto pode ser adicionado de aroma e/ou especiaria para conferir aroma e/ou sabor.” O chá na Anvisa é notificado, ou seja, ele não precisa de registro. (BRASIL, 2005).

O trabalho com chás e drogas vegetais devem seguir as legislações pertinentes:

- a) RDC 267/05 que institui regulamento técnico de espécies vegetais para o preparo de chás;
- b) RDC 277/05 que dispõe sobre regulamento técnico de chá
- c) RDC 219/06 atualizou a 267/05, para, inclusive, permitir a comercialização de algumas espécies que estavam com a venda proibida no país.

O Controle de Qualidade deve ser realizado em todas as etapas da cadeia produtiva: droga vegetal, derivado de droga e produto acabado. Em relação à droga vegetal são necessários:

- a) laudo de identificação botânica;
- b) métodos de secagem, estabilização e conservação;
- c) pureza e integridade;
- d) referências farmacopéicas: Brasileira ou RDC 79/03, atualizada pela RDC 169/06 (revogada por BRASIL, 2009c).

Esses requisitos são necessários para provar que o produto não causará danos a quem for utilizá-lo. Para o Controle de Qualidade do derivado da droga vegetal são exigidos (BRASIL, 2009b):

- a) nomenclatura botânica oficial;
- b) parte da planta utilizada;
- c) solventes, excipientes e/ ou veículos;
- d) testes de autenticidade;
- e) pureza e integridade; análise qualitativa e quantitativa dos marcadores.

Proporcionar aos pacientes informações fidedignas sobre as Plantas Medicinais.

A orientação dos pacientes com informações fidedignas sobre plantas medicinais pode ser realizada de diversas maneiras, entre elas:

- a) Informações aos pacientes sobre as formas de preparo, indicações terapêuticas, contra-indicações, interações medicamentosas por profissionais farmacêuticos.
- b) Visitas domiciliares realizadas por profissionais de saúde, verificando a existência de hortas e a partir disso, instruir os pacientes sobre as plantas que podem ser utilizadas, como proceder no cultivo, no preparo e uso.

- c) Realização de grupos de educação em saúde para discussão sobre temas relacionados a plantas medicinais e fitoterápicos.
- d) Elaboração de cartazes e materiais educativos com informações sobre fitoterapia a serem disponibilizados nas Unidades de Saúde.

Criação de Centro de Referência em Terapias Naturais

Algumas experiências de cidades brasileiras, como também, de outros países, que obtiveram sucesso, apresentaram a criação de *Centro de Referências em Terapias Naturais*, em que são oferecidos à população a Medicina Tradicional e Natural, contando com profissionais capacitados em cada área. Como há também, hortas de plantas medicinais e farmácias de manipulação municipais responsáveis por manipular fitoterápicos e homeopáticos (BRASIL, 2009b).

No entanto, para a implantação de Centros e de Farmácias é necessário uma demanda de serviços, que só será possível através da adesão de profissionais de saúde e de usuários, que precisam, antes de mais nada, conhecer as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para depois utilizarem em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

BARBETTA, P A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis : UFSC, 2001.

BRASIL. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 1986

BRASIL. Lei Federal n. 8080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.217 de 28 de dezembro de 2010. **Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de Dez. 2010. Seção 1, p.72

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 14**, de 31 de março de 2010. Brasília, 2010.

BRASIL. **Lei nº 5.991**, de 17 de dezembro de 1973. Brasília, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 196p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. **Portaria nº 2982**, de 26 de novembro de 2009. Brasília, 2009b.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 267**, de 22 de setembro de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 277**, de 22 de setembro de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. **Resolução RDC nº219**, de de 22 de dezembro de 2006. Brasília, 2006c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RDC nº 79**, de 11 de abril de 2003. Brasília, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC nº169**, de 21 de agosto de 2006. Brasília, 2006d.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC nº 37**, de 06 de julho de 2009. Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, jun. 2006b. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariafito.pdf> Acesso em 28 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, mai. 2006c. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariafito.pdf> Acesso em 28 fev. 2011.

RELAÇÕES HUMANAS NA ADOLESCÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DA ESCOLA NA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE RESPONSÁVEL

Ivanir Prá da Silva Thomé

Mestre em Ciências da Saúde, Projeto Adolescência Saudável, NEPIES, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), ivanir_pdst@yahoo.com.br.

Pedro Rosso

Mestre, Projeto Adolescência Saudável, Instituto Federal de Santa Catarina (IF-SC) pedro.rosso@ifsc.edu.br.

Michele Felix do Nascimento

Graduanda em Pedagogia, Projeto Adolescência Saudável, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) michele.f.nasct@gmail.com.

Cristiane Pazetto

Graduanda em Enfermagem, Projeto Adolescência Saudável, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), crispazetto@hotmail.com.

Camila Dagostin Lemos

Graduanda em Enfermagem, Projeto Adolescência Saudável, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), ka_dagostin@hotmail.com.

RESUMO

A adolescência é uma fase marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Nela os adolescentes buscam suas identidades e são influenciados pelo contexto social e cultural. Neste período se inicia a prática sexual, cercada de dúvidas, fantasias e insegurança, expondo os adolescentes a diferentes situações de risco. A preocupação com a saúde sexual dos adolescentes e o fato da escola ser um dos locais mais propícios para o trabalho preventivo motivou a realização do projeto “Adolescência Saudável: princípios para uma sexualidade responsável” com o objetivo de desenvolver ações educativas para promover a saúde sexual e reprodutiva, visando a redução da vulnerabilidade de adolescentes às DST's, à infecção pelo HIV, à AIDS e à gravidez não planejada. O projeto vem sendo desenvolvido desde 2008 e já atingiu cerca de 1500 adolescentes de quatro escolas da Rede Estadual de Ensino de Criciúma, SC. Neste artigo relatam-se o desenvolvimento, os resultados e a avaliação realizada pelos adolescentes participantes da oficina “Relações humanas na adolescência: família e escola”. O diálogo e as ações educativas propiciam aos adolescentes momentos de discussão, levando-os a refletirem e se posicionarem criticamente frente à realidade social e cultural e que contribuem para que esta geração possa exercer sua sexualidade de modo responsável.

Palavras-chave: Família; Escola; Adolescência; Sexualidade.

ABSTRACT

Adolescence is a stage marked by biological, psychological and social changes. In her teens seek their identities and are influenced by social and cultural context. This period starts the sexual practice, surrounded by doubts, fantasies and insecurity, exposing teens to different risk situations. The concern with the sexual health of

adolescents and the fact that the school be one of the most conducive to the preventive work led to the realization of the project "Healthy Teens: principles for a responsible sexuality" with the goal of developing educational actions to promote sexual and reproductive health, Adolescence is a stage marked by biological, psychological and social changes. In her teens seek their identities and are influenced by social and cultural context. This period starts the sexual practice, surrounded by doubts, fantasies and insecurity, exposing teens to different risk situations. The concern with the sexual health of adolescents and the fact that the school be one of the most conducive to the preventive work led to the realization of the project "Healthy Teens: principles for a responsible sexuality" with the goal of developing educational actions to promote sexual and reproductive health.

Keywords: Family; School; Adolescence; Sexuality.

INTRODUÇÃO

Com as mudanças sociais, econômicas e culturais que assistimos na atualidade, os adolescentes são expostos cada vez mais cedo a diferentes valores e comportamentos relacionados com a afetividade e a vida sexual. Além das rápidas mudanças em seus corpos, novos sentimentos e relações com a sociedade, também passam a se tornar os principais responsáveis por sua saúde e bem-estar (FERREIRA; GALVÃO; COSTA, 2000).

A prática de sexualidade é uma fase que implica tanto mudanças no comportamento dos adolescentes como em sua saúde. Ela está diretamente ligada a outras transformações que ocorrem neste período e o modo de encará-la é também influenciado pelo modo de vida do adolescente. As decisões tomadas nesta fase repercutem não somente naquele momento, como também em longo prazo, acarretando em consequências para a vida toda (AMARAL; FONSECA, 2006).

É preciso promover a conscientização dos adolescentes sobre estas questões e fazer com que cada vez mais decisões bem pensadas e sadias façam parte do seu cotidiano. Com o objetivo de atuar sobre essa realidade foi proposta de uma ação educativa voltada para a realidade dos adolescentes, considerando suas angústias e questionamentos e visando contribuir para a redução da incidência de DST's e de gravidez indesejada entre adolescentes e jovens.

Em busca da efetiva qualidade das referidas ações, sentiu-se a necessidade de considerar constantemente a opinião desses adolescentes promovendo um processo de ensino-aprendizagem pautado na troca de experiência,

em informações de referenciais bibliográficos e na experiência de profissionais.

O projeto de extensão “Adolescência saudável: princípios para uma sexualidade responsável” vêm sendo desenvolvido com estudantes do Ensino Médio de escolas da Rede Estadual de Educação, no município de Criciúma, SC, desde setembro de 2008, priorizando ações que tenham um olhar contextualizado sobre os adolescentes. Tem como objetivo a realização de ações educativas para promover a saúde sexual e reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes às DSTs, à infecção pelo HIV, à AIDS e à gravidez não planejada. Foi inicialmente aprovado e financiado com recursos dos editais 53/2008 e 133/2009 da Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão (PROPEX) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e, para 2011, foi aprovado no Edital 16/2010 (retificado pelo Edital 01/2011) da Unidade Acadêmica de Humanidades, Ciências e Educação da UNESC. O objetivo deste artigo é detalhar as atividades educativas desenvolvidas durante o projeto, dando enfoque para a oficina “Relações humanas na Adolescência: Família e Escola” além de apresentar os relatos e opiniões dos participantes sobre as mesmas.

Adolescência e Sexualidade

A adolescência é uma fase de amadurecimento biológico, que também está vinculada aos aspectos históricos e culturais, pois nem sempre a adolescência, assim como a infância, foi conceituada como é atualmente (ARIÈS, 1981).

A dificuldade observada atualmente quanto ao tema sexualidade pode ser associada à grande influência que a sociedade exerce nos sentimentos das pessoas, nas suas crenças, medos, (pré)conceitos, cultura, entre outros aspectos que fazem parte da essência do indivíduo. Nos adolescentes estes aspectos estão ainda em construção e a sexualidade ainda é encarada como um tabu, como um assunto a ser falado entre quatro paredes, ou então, é visto como futilidade. Sabe-se, no entanto, que os valores em evidência em cada época é que irão permear o conceito de sexualidade de cada um (RANGEL; QUEIROZ, 2008).

Vivencia-se uma época de revolução sexual, onde o sexo, a nudez e pornografia são expostos pela mídia e vistos por qualquer público, pois não há como censurar este acesso. Porém, ainda se observa medo e sensação de proibição na hora de falar sobre a sexualidade com os adolescentes, mesmo sendo para realizar

a promoção da saúde. “A qualidade da informação não acompanha a qualidade da comunicação e, conseqüentemente, compromete a formação do adolescente no que tange ao exercício pleno de sua sexualidade” (RANGEL; QUEIROZ, 2008).

As culturas são diferentes em cada período histórico e também diferem umas das outras na mesma época. Atualmente vive-se num momento em que a diversidade cultural é o marco das relações sociais. Tanto quanto a cultura “a adolescência não acontece de modo igual em todas as culturas e tampouco na mesma cultura” (SANTA CATARINA, 1998, p. 24).

Nas sociedades capitalistas as contradições são imensas e as realidades em que os adolescentes estão inseridos são diferentes. Assim,

Não há como padronizar um modelo de adolescência, quando se tem crianças e jovens inseridos no trabalho forçado e com responsabilidade de arrimo familiar; quando se tem adolescentes sem nenhum direito garantido no que se refere à dignidade social, ainda que na legislação sejam amparados pelo ECA. Quando se tem outros que por prazer ou gozo, se sentem no direito de humilhar e até mesmo matar aqueles que em suas concepções são os vencidos e, por isso mesmo merecem ser eliminados (SANTA CATARINA, 1998, p. 25).

Essa reflexão deixa clara a diversidade social e cultural dos adolescentes, especialmente se comparada aos estereótipos de que o adolescente é “aborrecente”, indeciso, rebelde, entre outras denominações explícitas nos meios de comunicação. Essas afirmações, acrescidas às exigências que lhes são feitas em relação às escolhas e decisões nesta fase, criam uma expectativa generalizada sobre os adolescentes, que se transformam em alvo constante de críticas, pressões e preconceitos.

Na cultura ocidental, a sexualidade é caracterizada por uma relação muito delicada, cheia de limites e repressões. Sobre isso, Nunes (2003, p. 116) afirma que “o ocidente tem uma relação muito séria com a sexualidade, que pode ser encontrada na raiz de nossas limitações, de nossos medos e de nossos traumas”. Para que a sexualidade seja abordada de modo saudável pelo adolescente é preciso compreendê-la como uma dimensão humana. Deve-se considerar a construção social e histórica da sexualidade, romper com seu modelo tradicional e repressor e enfrentar o discurso liberal e consumista da sexualidade criticamente (NUNES, 2003).

De uma maneira geral, os jovens estão em busca de uma identidade. Entretanto, a insegurança, a influência dos meios de comunicação e as fantasias

com que se deparam no início da prática sexual, associados com a pouca percepção de risco e limitada informação que têm sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST's), coloca-os na condição de presas fáceis das mais diferentes situações de risco como, o uso de drogas, a gravidez precoce e indesejada, a violência, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a evasão escolar e outros (FERREIRA; GALVÃO; COSTA, 2000; OSELKA, 2002).

Políticas Públicas, Ministério da Saúde e Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, em uma parceria do Ministério da Saúde e da Educação, com a perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Alguns de seus objetivos incluem: promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e Saúde nos três níveis de governo (BRASIL, 2009).

Outro exemplo de política pública relacionada a este tema é o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado em 2008. As políticas de saúde admitem que a escola é um espaço muito bom para essas práticas, tanto de promoção quanto de prevenção e de educação em saúde (BRASIL, 2009). O trabalho de promoção da saúde realizado nas escolas precisa ter como base as informações sobre o que os sujeitos sabem e o que eles podem fazer. E preciso desenvolver em cada um a capacidade de fazer aquilo que melhor se adequa para a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2009).

A autonomia e competência para o exercício da cidadania devem ser pautadas na força de cada um. Espera-se que no desenvolvimento das políticas públicas de educação em saúde na escola os profissionais de saúde encarreguem-

se de ter atitudes de empoderamento tanto dos estudantes quanto dos professores e funcionários das escolas, já que este é um princípio básico da promoção da saúde (PORTUGAL, 2006 apud BRASIL, 2009; DEMARZO; AQUILANTE, 2008 apud BRASIL, 2009).

É importante para o sucesso dos projetos e ações de saúde na escola que se garanta a participação da direção e dos professores e, para isso, é preciso ter uma relação próxima entre os profissionais de saúde e da educação. Como sugestão, deve-se estimular a aplicação de práticas metodológicas e atividades com estudantes, pais e professores (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2009).

Relações Humanas na Adolescência: Família e Escola

A família é considerada, desde os tempos antigos, como o grupo social que mais exerce influência sobre a vida dos indivíduos, com uma organização complexa, dentro de um contexto sociocultural mais amplo, com o qual mantém constante interação. A família influencia o indivíduo na formação da personalidade e de comportamentos por meio das medidas educativas que são tomadas no lar. Ela tem como objetivo estabelecer formas e limites para as relações entre as diversas gerações, possibilitando a adaptação dos sujeitos à convivência em sociedade (PRATTA; SANTOS, 2007).

Ainda, de acordo com Pratta e Santos (2007), em uma família onde existe o diálogo e a busca por respeito, confiança, afeto e civilidade, a etapa da adolescência é enfrentada de forma bem mais tranquila do que nas famílias onde esses valores não são preconizados. A família não é formada apenas pela soma de seus membros, mas pelo conjunto de relações interdependentes, onde a modificação de um elemento induz a do restante, transformando todo o sistema. Então, não é só o adolescente que sente as mudanças da juventude, mas todo o grupo familiar que faz parte de seu convívio e que influencia em seus atos e decisões.

Atualmente, apesar da evolução dos relacionamentos familiares, onde há mais abertura para o diálogo, ainda há muitas famílias onde não há a prática da conversa sobre o tema sexualidade. Na maioria dos casos verifica-se apenas o medo de sofrer repreensão e castigo. Isso faz com que os adolescentes não procurem os pais para tirar suas dúvidas e busquem colegas ou outros meios menos

confiáveis. Alguns pais ainda acreditam que conversar com seus filhos sobre sexo irá induzi-los a ter relações sexuais ou esperam que eles venham conversar quando pensarem em iniciar esta fase. Preferem o silêncio e os adolescentes ficam expostos a inúmeras situações de vulnerabilidade (SOUSA; PINTO; BARROSO, 2007).

Para Suplicy (1991), a questão da sexualidade mudou tão rapidamente nas últimas décadas que deixou os pais meio perdidos. Antigamente as famílias não tinham muitas dúvidas em saber o que era certo ou errado, o que podiam permitir ou não. Atualmente vivemos um momento difícil para a construção de um sistema de valores sexuais.

É na adolescência que a influência de um adulto de sua confiança atinge o auge. Assim, é importante que os pais estejam preparados para lidar com as dúvidas que podem surgir e situações que podem ocorrer, porém a sexualidade ainda é um tabu em nossa sociedade e muitos pais têm dificuldade de abordar este assunto com seus filhos (PRATTA; SANTOS, 2007). Certo grau de confronto com os pais é comum nesse processo de construir-se a si mesmo, uma vez que a ausência de tais sinais e a perpetuação da dependência são temas de preocupação na relação do adolescente com a família (BARROS, 1991, p. 56).

A família é um sistema ativo e em constante transformação, que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros (BARROS, 1991). Portanto, deve-se considerar em um trabalho educativo com adolescentes a realidade na qual interagem com a família, a escola, o trabalho dos pais, o bairro, a vizinhança e o grupo de amigos.

A escola é diferente das outras instituições porque possui a capacidade de educar por meio da reunião de conhecimentos vindos de distintos saberes, como os científicos, os trazidos pelos alunos e seus familiares, que possuem crenças e valores culturais próprios, os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, e os trazidos pelos professores. Esse encontro de saberes pode ser chamado de cultura escolar, que assume uma característica própria de cada lugar, mas que também tem expressões comuns a todo o mundo escolar (BRASIL, 2009). “Considerando o Ensino Infantil, o Fundamental e o Médio, cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes estão acessíveis às ações de educação, promoção e assistência à saúde no sistema educacional brasileiro” (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2009, p. 15).

Assim, a educação sexual na escola é um dos meios mais eficientes para

possibilitar o desenvolvimento de uma sexualidade consciente e responsável. Mas é necessário levar em conta a realidade sociocultural antes de iniciar qualquer trabalho de prevenção e superar dificuldades e preconceitos de ordem cultural, moral e religiosa, além das questões pessoais e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As peculiaridades das condições sociais comuns a todos os adolescentes geram a busca de sua autoafirmação (FEIJÓ, 2001). A problematização da realidade do adolescente fica ainda mais polêmica quando se trata de sexualidade. Esse é o assunto que mais gera conflito para o adolescente, seja no seio da família ou nos limites da escola. Isto acontece porque família e escola, em meio a esta sociedade tão contraditória, ainda estão encharcadas de preconceitos e tabus (NUNES, 2003).

Abordar a sexualidade na adolescência dentro desse contexto sociocultural é um desafio, tendo em vista que os adolescentes estão cada vez mais cedo se deparando com novos valores comportamentais, relacionados com a afetividade e a vida sexual. Para Beserra et al. (2006), a concepção, pelos próprios educadores, de que a sexualidade é apenas o ato sexual, faz com que o adolescente seja encarado como assexuado ou que assuntos acerca da sexualidade irão induzir ou estimular atos precoces de experiência sexual. É preciso que este estigma seja vencido e que se compreenda que o adolescente já é capaz de definir sua sexualidade, assim como de tomar suas próprias decisões. Assim, quanto mais cedo esta temática for abordada na escola, mais esclarecidos e mais responsáveis ficarão os adolescentes sobre seus atos e decisões sobre a vida.

Tem-se claro que o ambiente cultural que pode contribuir, libertar e promover momentos de conscientização sexual é a escola. Porém se sabe que há muito a ser modificado. De acordo com Nunes (2003, p. 17), “muitas escolas acreditam que fazem educação sexual por permitir que um padre ou um médico, uma vez por ano, falem sobre sexo e amor, métodos anticoncepcionais e aborto, aparelhos reprodutores masculino e feminino”. A escola se encontra diante de um grande desafio: a superação dessa concepção de educação sexual por uma concepção contextualizada e dinâmica.

Para Nunes (2003, p. 18), a educação sexual

A educação sexual abre possibilidades, dá informações sobre aspectos fisiológicos da sexualidade, mas principalmente sobre suas interpretações culturais e suas possibilidades significativas, permitindo uma tomada lúcida

de decisão. É dar condições para o desenvolvimento contínuo de uma sensibilidade criativa em seu relacionamento pessoal. Uma aula de educação sexual deixaria de ser apenas um aglomerado de noções estabelecidas de biologia, psicologia e moral, que não apanham a sexualidade naquilo que lhe pode dar significado e vivência autêntica: a procura [...] da beleza interpessoal e a criação de um erotismo significativo do amor.

Dada a situação atual de banalização do sexo, de quebra de tabus, de perda de valores relativos a sexualidade e de vulnerabilidade e suscetibilidade de toda a população adolescente, a inquietação em perceber o nível de desinformação ou até a dificuldade que muitos adolescentes têm para lidar com a sexualidade e com a negociação do sexo seguro se torna uma constante e exige atitudes pró-ativas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada no desenvolvimento das ações deste projeto de extensão tem como elemento norteador a compreensão de que a informação é a base da ação.

Inicialmente, ainda em 2008, aplicou-se um questionário para adolescentes do Ensino Médio de duas escolas da Rede Pública Estadual no município de Criciúma, SC, com a finalidade de obter informações mais específicas sobre o público-alvo, suas aspirações e necessidades. Com a finalidade de atender o disposto na Resolução 196/CNS/96 (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido ao Conselho de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e está registrado sob o nº 309/2008. Outros procedimentos, como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também foram obedecidos.

Em seguida, a partir de 2009, foram realizadas oficinas e palestras para estudantes de Ensino Médio de escolas da Rede Estadual de Ensino, em Criciúma, SC. Neste ano foram realizadas 6 oficinas e duas palestras. Em 2010 e 2011, os temas das oficinas foram concentrados em quatro oficinas e mantiveram-se duas palestras. Para a realização destas ações conta-se com apoio das escolas que cedem seus espaços e equipamentos e auxiliam a organizar os cronogramas das ações educativas. As oficinas têm como temas: “Relações humanas na adolescência: família e escola”, “Relações humanas na adolescência: amizade e namoro”, “Violência sexual” e “Adolescência e diversidade”, e as duas palestras:

“Sexo na Adolescência e Sexo Seguro” e “Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos”. Ao final de cada oficina ou palestra, os participantes são estimulados a realizarem a avaliação da atividade, sem a necessidade de identificarem-se. Estas são analisadas pela equipe, que as associa por categoria, permitindo que novas abordagens incluam fatos ou situações indicadas pelos participantes.

A oficina “Relações Humanas na Adolescência: Família e Escola” tem como objetivo promover a reflexão sobre a importância das relações humanas na adolescência e o debate sobre os assuntos pertinentes às relações na família e na escola: pais e filhos, professor e colegas.

A dinâmica é a seguinte: primeiramente o quadro negro ou outro espaço é dividido em quatro partes iguais e nelas são coladas as palavras-tema: Pai, Mãe, Professor e Colega. Os participantes recebem quatro tiras de papel em branco e uma caneta e são instruídos a escreverem uma palavra para cada palavra-tema que melhor represente o significado delas para o participante. Após, cada um cola no quadro as suas palavras sendo estimulado a comentar o significado. Segue-se a discussão sobre o assunto.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Até o momento o trabalho já foi desenvolvido em quatro escolas diferentes e em três delas ainda continua. Em duas destas escolas as atividades são realizadas apenas com as 1ª séries do Ensino Médio, pois 2ºs e 3ºs séries participaram nos anos anteriores. Na outra escola todas as séries do Ensino Médio participam das atividades, pois nela o projeto foi iniciado em 2011. Estima-se que aproximadamente 1500 estudantes já participaram em pelo menos uma das oficinas ou palestras, muitos dos quais em todas as atividades desenvolvidas em cada um dos anos.

Ao trabalhar o tema família e escola foi possível observar como os adolescentes sofrem influência do meio em que vivem e de seus próprios colegas de turma. São expostas histórias que direta ou indiretamente fazem parte da construção da sexualidade na adolescência e pode-se perceber como é importante o papel da família e da escola para uma sexualidade responsável, para uma adolescência saudável.

As falas dos participantes durante a oficina “Relações humanas na adolescência: família e escola” foram associadas em duas categorias: Relações na família: pais e filhos e Relações na escola: professores e colegas.

Em relação à categoria “Relações na família: pais e filhos”, as palavras que mais apareceram relacionadas a palavra-tema “Mãe” são: amor, tudo, amiga, carinho e batalhadora. Mas também foram apresentadas palavras como: ausente, nada e insignificante. Os participantes que comentam ter um bom convívio familiar, falam que sua mãe é tudo para eles, que muitas vezes é a única amiga de verdade, que sempre contam tudo para ela e estão sempre buscando ficar de bem com ela. Os que dizem ter uma relação familiar ruim colocam as palavras negativas e comentam que, muitas vezes, apesar de morarem na mesma casa, não se falam, que ela se mete muito em suas vidas, que ela quer mandar neles e que não sentem falta da figura da mãe em suas vidas.

Também aparecem aqueles que não têm mais suas mães presentes ou as que moram longe. Relatam que sentem sua falta e gostariam de tê-las em casa. Neste momento, as três situações são colocadas em confronto e uns podem dizer aos outros como é a experiência de não ter mais as mães presentes ou então a importância de sempre poder contar com elas. Muitos participantes expõem que é preciso dar valor à família, que ela é tudo, que é quem nos apoia nos momentos mais difíceis e quem nunca nos abandona.

Com relação à palavra-tema “Pai”, em geral são citadas positivamente palavras como: amigo, amor, futebol, tudo. Mas, também são citadas palavras negativas como: dinheiro, ausente, bravo, nada, mau caráter. Muito semelhante ao que foi discutido na palavra-tema Mãe, os que demonstram uma boa relação em casa colocam palavras positivas e de afeto e referem o valor que dão à família. Já os que demonstram ter uma relação familiar pouco amistosa colocam palavras negativas que os afastam de seu ambiente familiar. Também neste caso é feita uma reflexão sobre a importância de dar valor à família e de como ela faz parte da vida de todos, da construção dos conhecimentos.

A partir destas participações verifica-se o quão importante é a convivência familiar, mesmo para aqueles que esta não é expressiva. Há um imaginário de família que faz com que os participantes sintam necessidade de avaliar, mesmo que negativamente. Prata e Santos (2007) relatam que a família tem influência na formação da personalidade e dos comportamentos do indivíduo, possibilitando sua

adaptação e convivência na sociedade. No entanto, a família vem sofrendo transformações importantes e há necessidade que pais e filhos compreendam estas mudanças e construam um novo modo de viver em sociedade.

Como a educação sexual na escola é um dos meios mais eficientes para possibilitar o desenvolvimento de uma sexualidade consciente e responsável e possui a capacidade de reunir e trabalhar conhecimentos de diferentes origens é importante que a família se associe a ela para aperfeiçoar o trabalho ali realizado. Sabe-se que os pais nem sempre tem as informações que os adolescentes desejam ou tem necessidade de conhecer, o que torna esta atuação em conjunto com a escola fundamental.

Na categoria “Relações na escola: professores e colegas”, a palavra-tema “Professor” também gerou duplo sentimento. Positivamente o que mais se destacou foi: ensino, futuro, conhecimento, amigo, e negativamente: chato, pega no pé, bravo, não sabe o que fala, é nada. Durante as apresentações dos participantes que colocaram palavras positivas, muitos foram alvos de vaias dos outros colegas, tendo sido chamados de bajuladores, mas eles reforçaram que é o que pensam dos professores, que se não fossem eles ninguém saberia ler, escrever e que “não saberíamos nada”. Estes estudantes dão valor à figura do professor e sabem que ele é um elemento muito importante em sua caminhada. Os que colocam palavras de zombaria são os que agitam mais a sala. Quando indagados sobre o porquê daquela palavra dizem que os professores só querem pegar no pé, que não sabem nada, que são chatos e só brigam. No contexto das discussões procurou-se evidenciar a necessidade de valorização do professor, pois ele contribui para o sucesso futuro de todos e para a formação de melhores cidadãos.

Estas observações nos fazem refletir sobre a valorização da escola na sociedade atual. Apesar de muitos perceberem o seu valor e terem na figura do professor um modelo ou aquele que lhes abrirá as portas para o sucesso, outros ainda veem o professor com um estorvo em suas vidas ou aquele que “só pega no pé”. Também a escola e o professor precisam compreender que a cultura escolar vem se transformando e precisam se transformar com ela, sem esquecer do papel social da escola na formação dos cidadãos, inclusive para que possam exercer sua sexualidade de modo seguro e responsável.

A palavra-tema “Colega” foi confundida com amizade pela maior parte dos participantes. As palavras relacionadas que mais se destacaram foram: amigo,

amizade, tudo, irmão, confiança. Mas há os que sabem a diferença entre amigo e colega e estes escreveram palavras como: só na sala de aula, fofoca, traíras. A discussão normalmente é encaminhada para a discussão sobre a diferença entre amigo e colega e, ao final, normalmente os participantes compreendem que um colega pode vir a ser um amigo, mas enquanto é só um colega é preciso ter cuidado com o que falamos para ele e com o que ele nos fala também e que nem todas as informações podem ser boas, inclusive no que tange a sexualidade.

Como a qualidade da informação nem sempre acompanha a qualidade da comunicação, em muitos casos as informações obtidas com colegas podem representar riscos para os adolescentes e sabe-se que há uma tendência dos adolescentes em ouvir e acreditar muito mais nas informações de outros adolescentes do que nas informações de adultos, sejam eles pais, professores, profissionais da saúde ou outros.

A realização desta oficina tem sido importante no sentido de compreender o que os adolescentes pensam das figuras representadas pelas palavras-tema e o quanto eles buscam nela referências sobre a sexualidade, apesar de a maioria afirmar que fala sobre o tema só com os colegas, pois sentem vergonha de pais e professores. É neste momento que muitos entram em situações de risco, pois acabam acreditando em contos e histórias de seus colegas, em dicas que muitas vezes os colocam em risco no exercício da própria sexualidade.

A final da oficina os adolescentes relatam numa tira de papel a opinião sobre a oficina, o que aprenderam, se gostaram ou não, se têm sugestões, etc. Estas avaliações são posteriormente analisadas e servem como forma para observar se os objetivos do projeto e da oficina estão sendo atingidos.

Em síntese, as avaliações foram agrupadas em quatro categorias: Aprendizagem, Reflexão sobre a convivência familiar, Reflexão sobre a convivência escolar, Reflexão sobre a vida pessoal.

Em relação a aprendizagem destacam-se relatos como “gostei muito, aprendi a conhecer mais meus colegas e respeitar mais minha família e os professores que são figuras em nossas vidas” e “aprendi a conhecer melhor os outros, e como é bom saber o que os colegas pensam dessas pessoas”. Sobre a oportunidade de refletir sobre a convivência familiar, entre as avaliações destacam-se: “aprendi a respeitar minha família e dar valor a ela que é muito importante para mim” e “gostei muito de falar sobre minha família e vi que não sou a única que tem

problemas”. Em relação à reflexão sobre a convivência escolar há afirmações como “entendi que devemos ouvir mais nossos colegas antes de criticar, pois criticamos antes de realmente conhecer, às vezes suas vidas são bem diferentes do que a gente imagina” e “vou pensar mais antes de falar de meus colegas e dos professores, já que eles são importantes para mim”. Por fim, sobre o aprendizado para a própria vida há aqueles que afirmaram que “foi muito importante porque refleti sobre o que estou fazendo e tenho chance de mudar e ter uma visão melhor da vida” e outros que da oficina tiraram forças para ver “a vida mais completa e coragem a enfrentar os caminhos e obstáculos”.

Estas falas demonstram a mudança de opinião e de atitude em relação a si próprios, à família, à escola, evidenciando que quando atividades educativas desafiadoras são apresentadas aos adolescentes, eles se mostram dispostos a recebê-las, muitas vezes incorporando estas informações nas suas vidas.

Além destas categorias, alguns apresentaram avaliação das oficinas, a maioria relatando aspectos positivos como: “amei essa oficina, pois discutimos assuntos importantes são pessoas que convivemos no nosso dia a dia, estou ansiosa para a próxima” e “achei legal, pois podemos conhecer melhor as pessoas pelo que elas escreveram”.

Em relação às sugestões, muitas serviram para aperfeiçoar as oficinas entre elas: “Falar mais sobre sexo no sentido respeitoso”, “gostaria de falar sobre a adolescência de hoje, que tipo sexo, rua, drogas”, e “trazer camisinhas; falar mais sobre professores e disciplinas, visitar algum lugar, fazer uma apresentação do assunto para a escola”. Nota-se que ideias não faltam e o desafio posto é aperfeiçoar ainda mais a oficina para ampliar o leque de discussão com os adolescentes sobre as relações na família e na escola.

CONCLUSÃO

As relações humanas na adolescência influenciam nas atitudes que os jovens irão tomar em seu cotidiano. É preciso esclarecê-los de que a família e a escola são ambientes onde se deve buscar informações para que contribua para a proteção e prevenção e não se pode confiar em histórias contadas por desconhecidos ou pelos colegas, pois estas acabam resultando em situações de risco, como drogas, DST's, gravidez, AIDS/HIV, entre outras.

Este projeto e, em especial, a oficina “Relações humanas na adolescência: família e escola” oportunizou observar como é importante os adolescentes terem momentos de discussão. É por meio do diálogo e de ações educativas na escola que se pode conquistar uma resposta positiva por parte deles e ainda contribuir com a construção de cidadãos mais instruídos e multiplicadores de informações acerca da sexualidade.

Mesmo com a quantidade significativa de informações que são disponibilizadas atualmente pelos mais diversos meios, o que os adolescentes necessitam é ter com quem falar, proporcionando-lhes a problematização do contexto em que estão inseridos, convidando-os para refletirem e se posicionarem criticamente frente à realidade social e cultural no que tange a essa temática, às exposições da mídia e afins. Este foi o foco desse trabalho educativo.

A atuação em dois dos meios que mais importantes para construção da sexualidade, como a família e a escola, contribui para que os adolescentes adotarem estilos de vida saudáveis, sejam mais responsáveis e cuidadores de sua saúde.

Para os extensionistas este projeto tem oferecido um campo de inúmeras experiências, troca de conhecimentos e possibilidade de desenvolvimento da solidariedade, contribuindo na formação de uma sociedade mais instruída e, assim, mais sadia e mais humana.

REFERÊNCIAS

ARIES, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. LTC, 1981.

AMARAL, Marta Araújo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2011.

BARROS, Ricardo. O adolescente e a família. In: MAAKAROUN et al. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

BESERRA, Eveline Pinheiro; ARAUJO, Márcio Flávio Moura de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Promoção da saúde em doenças transmissíveis: uma investigação entre adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)

FEIJÓ, Maria Cristina de Carvalho. **Raízes da violência**: a importância da família na formação da percepção, da motivação e da atribuição a causalidade de adolescentes infratores e seus irmãos não infratores. 2001. 228f. Tese (Doutorado em Ciências). Área de concentração: Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0302.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

FERREIRA, L. S. M.; GALVÃO, M. T. G.; COSTA, E. S. Sexualidade da Adolescente: Anticoncepção e DST/AIDS. **RBM: Caderno de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 57, p. 8-19, 2000.

NUNES, Cesar Aparecido. **Desvendando a sexualidade**. 5. ed. Campinas: Papyrus, 2003.

OSELKA, G. Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente. **Revista Paulista de Pediatria** [on line], v. 17, p. 95-97, 1999. Disponível em: <<http://www.sbbioetica.org.br>>. Acesso em: 11 nov. 2002.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2011.

RANGEL, Débora Luiza de Oliveira; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Educação, Ciência e Tecnologia. **Proposta Curricular de Santa Catarina**. Florianópolis: COGEN/SED, 2008.

SOUSA, Leilane Barbosa de; PINTO, Anaína Franscisca; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul Enferm.** p. 408-413, 2006.

SUPLICY, M. **Conversando sobre sexo**. 17. ed. Petrópolis: Edição da Autora, 1991. 407p.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Cláudio Alex de Souza Sipriano

Mestrando em Educação e professor supervisor de estágio do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: claudiocriciuma@yahoo.com.br.

Daniela de Assunção

Acadêmica da 4ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC.

Ioná Vieira Bez Birolo

Mestre em Enfermagem e professora titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Muriel Demétrio Bez Birolo Ronchi

Acadêmica da 4ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC.

RESUMO

O artigo trata-se de um relato de experiência da utilização do Projeto Terapêutico Singular – PTS, e da sistematização da assistência de enfermagem a partir do método Ouvir, Tocar, Diagnosticar, Plano, Intervenção e Avaliação – OTDPIA, em âmbito da Estratégia Saúde da Família, aplicado com uma família residente em um bairro periférico, da cidade de Criciúma, realizado durante estágio curricular obrigatório do Curso de Graduação em Enfermagem. O objetivo deste foi dar suporte de enfermagem a um membro da família estudada com maiores demandas terapêuticas. A metodologia compreendeu seis etapas: discussão com os profissionais para escolha da família, visita domiciliar a família escolhida visando o consentimento informado, coleta de informações, discussão com familiares e sujeito escolhido sobre informações coletadas e discussão com equipe referência. Os dados obtidos contribuíram para o processo de ensino e aprendizagem e principalmente no fortalecimento da visão crítica- reflexiva no processo de cuidar. Além de o PTS servir como instrumento fundamental para criação de vínculo e fortalecimento das intersubjetividades dentro da saúde coletiva, demonstrando forte intervinculação com o método OTDPIA. Esse trabalho atende as exigências da Resolução nº 196 que trata de pesquisa com seres humanos.

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular; Sistematização da Assistência de Enfermagem e OTDPIA.

ABSTRACT

The article it is an experience report the use of individual therapeutic project - PTS, and the systematization of nursing care from the method Listen, Play, Diagnose, Plan, Intervention and Evaluation - OTDPIA in the context of the Health Strategy family, applied with a family living in a suburb of the town of Crickhowell, carried out during the traineeship required undergraduate course in Nursing. The objective of this support was nursing a family member studied in greater therapeutic demands. The methodology comprised six steps: discussion with the family's choice for professional, home visits, the chosen family seeking informed consent, data

collection, discussion with family and chosen subject on information collected and discussed with reference staff. The data contributed to the process of teaching and learning and especially the strengthening of critical and reflective view in the care process. In addition to the PTS serve as an essential tool for creating and strengthening the bond intersubjectivities within the public health, demonstrating the strong intervinculação OTDPIA method. This work meets the requirements of Resolution No. 196 which deals with research on human beings.

Keywords: Therapeutic Project Single; Nursing Care System and OTDPIA.

A Gênese da Introdução

O presente artigo trata-se de um relato de experiência de um estudo de cunho acadêmico, realizado durante o período de estágio supervisionado em Atenção Básica a Saúde, desenvolvido especificamente no município de Criciúma – SC, junto a Estratégia Saúde da Família em um bairro periférico, no período compreendido de 08 de junho a 08 de julho de 2011.

Teve como objetivo a realização de um Projeto Terapêutico Singular – PTS, compreendido dentro da Sistematização da Assistência da Enfermagem – SAE, instrumento que serviu para avaliação da disciplina Seminário Integrativo IV. Além de atender as exigências do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Ensino Superior que institui as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem que ressalta que o estágio curricular é obrigatório para formação do enfermeiro, apontamento contido na Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001.

Entendemos que o estágio perpassa pela formação do enfermeiro e é o momento e o lócus onde associamos a teoria e prática, facilitando o processo de ensino-aprendizagem. Oportunizando-nos o contato com os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, o que permite a criação de vínculo com os mesmo, ampliando o entendimento teórico e político das relações sociais, o que percorremos através da aplicação do Projeto Terapêutico Singular – PTS.

O PTS segundo, Brasil (2007),

[...] é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. (BRASI, 2007, pág. 40).

O PTS parece vir ao encontro da formação crítica do profissional de enfermagem, pretendida pelo Curso de Graduação de Enfermagem da UNESC, pois se trata de um instrumento que contrapõem a mecanicidade do modelo atual conhecido como curativista que privilegia a doença conotando um olhar reducionista e fragmentário a dimensão corporal do sujeito. E a figura do profissional médico desponta-se nesse modelo, e a assistência se concentra na consulta médica, fortalecendo o parcelamento do processo de trabalho.

Nesse âmbito a enfermagem deve ter a iniciativa de Sistematizar seu processo de trabalho de forma a atender as necessidades dos usuários, buscando autonomia e independência no processo assistencial. O PTS, como destacado anteriormente é uma variação do “caso clínico”, mas é alimentado por uma visão filosófica que perpassa pela Política Nacional de Humanização – PNH, que estabelece como prioridade o acolhimento ao usuário, almejando estabelecer um processo de co-participação do usuário, visando seu “*empowerment*”. (BRASIL, 2007).

O PTS compreende quatro momentos para sua realização o: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Esses momentos serão apresentados a seguir na caminhada metodológica. O estudo foi dividido da seguinte forma: Objetivo geral, O Caminho percorrido para construção do PTS, dialogando com os profissionais, dialogando com a família e conhecendo o sujeito do estudo, Teoria de Enfermagem escolhida que enredou a consulta de enfermagem a partir do OTDPIA, revisão de literatura, discussão com a equipe de referencia olhando para os dados e considerações finais. Objetivo Geral deste estudo foi: Realizar Projeto Terapêutico Singular com um membro de uma família moradora no espaço circunscrito de um bairro periférico do município de Criciúma.

O Caminho Metodológico Percorrido para Construção do PTS

1ª Etapa: Discussão com os profissionais da Estratégia Saúde da Família- ESF sobre o PTS e escolha da família a ser desenvolvido.

2ª Etapa: Visita domiciliar a família escolhida, visando convidá-los a participarem do PTS e assinatura do Termo de Consentimento Informado.

3ª Etapa: Coleta dos dados da família, escolha da Teoria de Enfermagem e Consulta de Enfermagem com o sujeito da família escolhido.

4ª Etapa: Discussão com a família e com o sujeito escolhido sobre a resolução dos problemas e das demandas.

5ª Etapa: Discussão com a Equipe de Referência (ESF) sobre os dados coletados e encaminhamentos a resolução dos problemas encontrados relacionados no contexto familiar e do sujeito escolhido.

A seguir apresentamos cada passo do percurso metodológico, apontando para os principais achados

Dialogando com os Profissionais

No dia 13 de junho iniciamos diálogo com os profissionais de saúde, através de uma reunião que tiveram presentes, agentes de saúde, técnico em enfermagem e enfermeira para apresentar a proposta do PTS, e escolha da família a ser realizado o projeto. Mas nossa família foi escolhida anteriormente a esse encontro devido vínculo criado com a família durante uma caminhada de reconhecimento pelas ruas do bairro, na oportunidade conhecendo as micro – áreas, do bairro passamos em frente a residência o Sr. N.M onde sua esposa nos abordou comunicando que ali residia um paciente doente.

Apresentamo-nos, enquanto acadêmicas de enfermagem e professor, sendo assim iniciamos o diálogo, logo no início da conversa a esposa nos comunicou que o Sr. N.M teria uma consulta no dia dezessete de junho de 2011 com o médico que fez sua cirurgia de próstata, e a esposa demonstrou preocupação com a condução do seu esposo N.M. A partir desse momento a agente de saúde que nos acompanhava nos sugeriu essa família para o PTS.

Observamos que N.M estava muito confuso devido seu problema de saúde e os familiares bastante preocupados, e toda a família estava precisando de ajuda, frente a esse problema, diante disso nos comprometemos de ir visitá-lo, para apresentar a proposta do PTS, e que estávamos dispostos a ajuda.

Dialogando com a Família e Conhecendo o Sujeito do Estudo

No encontro com a família tivemos a oportunidade de conhecê-los melhor, obtivemos dados como o número de pessoas que residem na casa, tipo de residência, podendo assim, entender melhor o processo saúde – doença daquela família.

Residem na casa 07 (sete) pessoas, a residência é própria e de alvenaria, está pintada e contém sete cômodos. Na parte interna, dentre os cômodos uma cozinha com estrutura espaçosa mantendo todos os móveis básicos, três quartos sem forração com camas de casal, um banheiro de tamanho médio, com pouca sujidade e úmido, uma sala pequena e um área de serviço.

Na parte externa cultivam uma horta bem organizada, a casa possui calçadas ao seu redor e muro, uma caixa d'água de 500 litros que abastece a casa com proteção. Ao lado da casa há uma casinha de cachorro e uma pilha de tijolos, cobertos por uma lona, para evitar a propagação de vetores.

Fomos muito bem recebidos, a família pareceu bastante entusiasmada com nossa presença. A Sra. T.M. demonstrava grande ansiedade para resolver o problema de seu esposo N.M., assim durante a visita foi realizado a verificação da pressão arterial T.M. que tem 60 anos e de seu filho R.M. de 32 anos onde, eles relataram que eram hipertensos, seu filho havia passado por um cateterismo há um tempo atrás e faz uso de medicamentos para hipertensão, o mesmo fala que se sente cansado e com tontura.

A Sra. T.M., mesmo com problemas, se preocupa muito com seu esposo, pois diz ter um carinho “intenso e imenso” por ele. Dentro da família o senhor N.M foi o escolhido para a realização das ações do PTS, pois apresentava o quadro clínico com maior demanda, o mesmo é portador de Hipertensão, Diabetes Mellitus e tem histórico de cirurgia de próstata. Nesse dia apresentamos a proposta do PTS e solicitamos a confirmação de sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado. Dentro dessa perspectiva escolhemos a teoria de Wanda de Aguiar Horta, que trata de atender as necessidades Humanas Básicas, por vim de encontro as necessidade do sujeito com maior demanda terapêutica.

Teoria de Enfermagem Escolhida que Enredou a Consulta de Enfermagem a partir do OTDPIA

A teoria de enfermagem escolhida foi a de Wanda de Horta que se fundamenta em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e desta integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço. Os seres humanos têm necessidades básicas que buscam satisfazer neste processo interativo, pensamos que N.M devido seu quadro que será mais detalhado nos dados do OTDPIA, tem suas necessidades humanas básicas afetadas nesse sentido justificamos a escolha da teórica que apresentamos a seguir sua base filosófica.

Maslow diz que nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, não haveria mais motivação individual. Foi com esta percepção que Horta derivou seu modelo, de modo que, para ela, as necessidades humanas básicas têm várias características, entre as quais a de serem latentes, universais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas; elas são resultantes da interação entre meio interno e meio externo.

O ser humano tem necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais, intimamente relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo indivisível. Quando se diz que as necessidades são universais, significa dizer que são comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

Inúmeros fatores interferem na manifestação de individualidade das necessidades, tais como idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde – enfermidade e o ambiente físico.

Este conceito torna-se mais claro ao estudarmos as características das próprias necessidades, que podem ser classificadas em três níveis, de acordo com João Mohana.

Necessidades psicobiológicas: são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso, higiene, e assim por diante;

Necessidades psicoespirituais: são aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos, tais como opção por uma maneira de encarar a doença e o

tratamento, o apoio espiritual dos que compartilham suas crenças, espaço para expressar suas crenças, e assim por diante.

Necessidades psicossociais: são aquelas relacionadas com suas convivências com outros seres humanos, em sua família, nas instituições sociais e políticas, desde ter direito a privacidade, ao lazer, ao trabalho, até a participação em grupos de vivência, partidos políticos, e assim por diante.

Segundo Wanda Horta, “Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter, promover a saúde em colaboração com outros profissionais”.

Situações ou condições advindas dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo ou grupo, que exigem assistência profissional do enfermeiro são consideradas problemas de Enfermagem, ou seja, situações decorrentes do déficit nas necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade.

Saúde-doença ocorrem porque o ser humano está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Este desajuste leva o ser humano a procurar uma harmonia e satisfação parcial, de modo que a situação gera um desconforto que pode levar a um estado que denominamos “doença”. Logo, doença é a falta de equilíbrio do ser humano com o mundo à sua volta. Por consequência, saúde é estar em perfeito equilíbrio espaço-temporal com todo o universo. A partir da escolha da teórica de enfermagem elaboramos a metodologia assistencial OTDPIA junto a consulta de enfermagem realizada ao senhor N.M.

Dados do OTDPIA

O – Ouvir

N.M, 66 anos, cor negra, casado, evangélico, analfabeto, pai de 4 filhos todos moram na residência, é aposentado como minerador onde trabalhou por 18 anos exercendo a função de furador de teto, relata “que sente falta de seu trabalho”. É tabagista, mas atualmente esta tentando parar devido seu estado de saúde. Gosta de andar de bicicleta, pegar ônibus para passear e ir à igreja, mas devido seu quadro clínico está impossibilitado. Permanece em casa a maior parte do tempo, e seu passatempo é ver televisão e conversar com a família. Diante das suas

dificuldades percebemos que N.M se apresentava muito confuso, relatou ainda ser portador de Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2, faz uso dos medicamentos: captopril 25 mg, nifedipino, glibenclamida 5mg e 16 UI de insulina pela manhã e janumet que segundo sua esposa esta em falta devido não ter condições de comprar, sendo que faz dois meses que o paciente não usa esse medicamento. Seu N.M. relatou alimentar-se bem, dorme sem dificuldades chegando a dormir até doze horas por dia. Além das patologias referidas, o Sr. N.M. também apresentava eliminação vesical descontrolada, por esses motivo procurou a Unidade de Saúde do bairro para uma consulta médica de rotina, onde a profissional examinou e o encaminhou a um especialista em urologia. Ao passar no profissional especialista, foi submetido a vários exames, onde foi constatado o diagnóstico de CA de próstata, recebeu tratamento medicamentoso, não tendo sucesso com o tratamento medicamentoso, voltou ao profissional especialista, que sugeriu a intervenção cirúrgica, após o tratamento cirúrgico que aconteceu no mês de dezembro de 2011, passados seis meses, apresentou muita dificuldade para urinar e controlar o esfíncter, sendo que permanece até hoje com incontinência urinaria, já fez uso de sonda vesical de demora, no momento usa fraldas com muita resistência segundo sua esposa. Sua eliminação intestinal presente todos uma vez ao dia, toma banho todos os dias e faz sua higiene pessoal com auxilio da esposa. A partir dos dados do Ouvir apresentamos na tabela a síntese das informações segundo Wanda Horta:

Necessidades Humanas Básicas	Necessidades afetadas	Grau de dependência (FAOSE)
<p>Psico-biológicas: Oxigenação : Normal Nutrição :Normal Eliminação: Alterada Sono e repouso: Normal Mobilidade : Alterada Sexualidade: Alterada Aspectos fisio-patológicos: Alterado</p>	<p>Necessidades Psico-biológicas 1- Eliminação vesical descontrolada.</p> <p>2- Mobilidade: Dificuldade na deambulação</p>	<p>1- F- Uso de fraldas, colocada pela esposa. A- Na deambulação ao banheiro e troca de fraldas. O- Esposa sobre técnica de trocar de fraldas. Pompoarismo do esfíncter urinários S- Orientações. E- Médico especialista.</p> <p>2- F- Fornecer auxilio para deambulação, bengala. A- Família procurar assistência social, adquirir bengala. O- Esposa e paciente sobre importância</p>

	<p>3- Sexualidade: devido patologia.</p> <p>4- Desequilíbrio hemodinâmico.</p>	<p>da bengala no auxílio da deambulação.</p> <p>S- Uso de bengala. E- Assistente Social.</p> <p>3- F- Diálogo com casal. A- No suporte psicológico.</p> <p>O – Efeitos Cirúrgicos. S- Paciente quando as orientações. E- Especialista e Psicóloga.</p> <p>4- F- Facilitar acesso a equipe multiprofissional e dar assistência de enfermagem. A- No agendamento de consultas e fornecimento de medicamentos. O – Sobre importância de acompanhamento multiprofissional . S- Manutenção do contato com profissionais da UBS e solicitar visitas domiciliar mensal. E- Equipe de referência.</p>
<p>Psico-sociais: Trabalho :Aposentado. Relações Familiares :Normal. Atividades Sociais :Alterada. Lazer: Normal. Aspectos Culturais: Normal</p>	<p>Necessidades Psico-sociais 5- Atividade Social: não participa mais do projeto vida vinculado a UBS, devido deambulação e quadro patológico.</p>	<p>5- F- Incentivar família participar de atividades sociais e levar paciente. A- Sobre projetos da terceira idade. O – Sobre efeitos benéficos para o corpo das atividades sociais.. S- Retornar ao projeto vida. E- Ao projeto vida.</p>
<p>Psico-espirituais: Expressão religiosa: Normal Conduta e conflitos éticos: Normal Restrições Religiosas: Alterada</p>	<p>Necessidades Psico-espirituais 6- Restrições religiosa devido deambulação</p>	<p>6 F- Incentivar esposa a reunir fieis da igreja em sua residência . A- Familiares a procurar auxílio com autoridades religiosa O- Importância do suporte religioso. S- Paciente a ir a igreja e ou pastores fazer visita no seu domicilio.. E- Grupo religioso evangélico</p>

T- Tocar

Ao tocar seu Sr. N.M, estava com sinais vitais **PA:** 140/100mmhg, **FC:** 68 bpm, **FR:**18 mrpm e **T:** 36,2 °C , que caracterizamos como: normotenso, normocárdio, normotérmico. Ao verificar o HGT 587 mg/dl. Durante o Tocar apresentou-se tranquilo, lúcido, em algumas perguntas meio confuso com o tempo. Seu biótipo é longilíneo e ectomorfo. **Quando ao Crânio:** Couro cabeludo íntegro, sem presença de sujidade e com sinais de alopecia. **Face:** Pele facial com turgor diminuído, pálida, conjuntiva hipocrômica, pupilas fotorregentes e isocóricas, olhos com presença de halo senil bilateral. **Nariz:** Com desvio de septo à direita, narinas vibrissas normais. **Ouvidos:** Acuidade auditiva diminuída bilateral, ouvido externo sem presença de anormalidades. **Boca:** Dentição prejudicada faz uso de prótese na arcada superior, na arcada inferior possui somente os dois caninos e dois molares, boca aparentemente bem higienizada e sem halitose. **Pescoço:** Região cervical íntegra, tireóide e deglutição normal. **Membros Superiores:** Ombros simétricos com movimentos mantidos, membros direito e esquerdo com normalidade aos movimentos de flexão, extensão e rotação. **Tórax:** Expansibilidade normal aos movimentos respiratórios, mamas simétricas e mamilos íntegros, **AC:** bulhas normofonéticas, **AP:** Murmúrios vesiculares presentes. **Abdome:** Abdome plano, com **AAB:** Ruídos hidroaéreos presentes, percussão som mantidos em todas as regiões, presença de massa palpável na região hipogástrica. **Manobras de Jordano:** negativa. **Membros Inferiores:** Sem edemas, porém com pelos. Pulso pedia presente, teste de Babinski positivo, unhas limpas e com calcâneos desidratados.

D- Diagnóstico

D1- Risco de perfusão cardíaca diluída caracterizado por diabetes mellitus e hipertensão, falta de conhecimento sobre os fatores de risco passíveis de modificação (ex; tabagismo e estilo de vida sedentário)

D2- Risco de glicemia instável caracterizado a conhecimento deficiente sobre o controle de diabetes , estado de saúde física , falta de controle do diabetes , monitorização inadequada da glicemia e perda de peso.

D3: Memória prejudicada, relacionado a desequilíbrio hídrico e eletrolítico, distúrbios neurológicos , e caracterizado por , esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado , experiências de esquecimento , incapacidade de executar habilidade previamente aprendida e incapacidade de reter novas informações.

D4- Risco de perfusão tissular ineficaz, caracterizado hipertensão e tabagismo.

D5- Incontinência urinaria reflexa relacionada ao dano tecidual e caracterizada por ausência da sensação para esvaziar a bexiga e sensação de urgência sem inibição voluntaria de contração vesical, relacionado a processo cirúrgico.

D6- Dentição prejudicada relacionada a barreiras de autocuidado e caracterizado por ausência de dentes.

D7-Risco de integridade da pele prejudicada por estado nutricional desequilibrado ex: emagrecimento e mudanças do turgor da pele.

D8- Mobilidade física prejudicada relacionada a controle muscular diminuído, diminuição da massa muscular, movimentos lentos, estilo de vida sedentário, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas.

D9- Risco de desequilíbrio eletrolítico caracterizado por mecanismos reguladores prejudicados.

P- Plano, I – Intervenção e A – Avaliação.

P1- Orientar sobre cuidados com HAS e DM.

I1- Orientado sobre dieta hipossódica, hipocalórica e pouco açúcar.

A1- Cuidadora e paciente demonstraram estar seguindo orientações.

P2-Estabilizar os níveis glicêmicos.

I2- Orientado quanto à nutrição e medicação no horário certo.

I2- Orientar sobre maneira correta de realizar HGT e registrar resultados.

A2- Cuidadora iniciou registro dos resultados do HGT em folha esquematizada.

P3: Incentivar memorização.

I3- Incentivado familiares a dialogar com paciente e mostrar fotos de encontros com a família e lembrar fatos históricos importantes.

A3- Não percebida devido tempo de estágio.

P4- Orientar sobre efeitos do fumo para organismo.

I4- Orientado sobre os malefícios do cigarro e incentivado a parar de fumar.

A4- Familiares relataram de paciente parou com habito de fumo, durante as visitas não observamos paciente fumando.

P5- Orientar sobre exercício para controle do esfíncter urinário .

I5-Orientado sobre pompoarismo do esfíncter urinário.

I5- Orientado sobre uso de fraldas até controle total do esfíncter.

A5- Paciente apresentou melhora no controle esfinteriano.

P6- Orientar higiene bucal e mastigação .

I6- Orientado a higiene oral,escovar os dentes após as refeições.

I6- Orientado a procurar dentista.

I6- Orientado a alimentação pastosa e semi-pastosa para facilitar mastigação.

A6- Não observado devido tempo de estágio.

P7- Orientar sobre cuidados com a pele.

I7- Orientado sobre uso de creme hidratante.

I7- Solicitado toque terapêutico e massoterapia.

A7- Paciente não quis receber massagem e toque terapêutico e cuidadora informou estar passando creme após o banho.

P8- Melhorar mobilidade.

I8- Orientado família sobre uso de bengala.

A2- Paciente apresentou melhora no quadro clínico não necessitando de bengala.

P9- Melhorar estado hemodinâmico.

I9-Orientado na alimentação com uma dieta rica em nutrientes necessário, composto por vitaminas e eletrólitos, para que adquira seu peso ideal e suprir a necessidade do organismo.

I9- Administrado soro polivitaminico por via parenteral.

A9- Paciente apresentou melhora em quadro clínico.

Revisão de literatura dos achados clínicos

Diabetes Mellitus

O **diabetes mellitus** refere-se a um grupo de doenças hereditárias, todas as quais levando no final a glicose sangüínea (hiperglicemia) e excreção de glicose na urina à medida que a hiperglicemia aumenta. O diabete mellitus é também caracterizado pelas três “polis”: uma inabilidade de reabsorver água resultando no aumento da produção de urina (poliúria), sede excessiva (polidipsia) e ingestão alimentar excessiva (polifagia). Existem dois tipos principais de diabete mellitus, o tipo I e o tipo II. O **diabetes tipo II** é muito mais comum que o tipo I, representando mais de 90% de todos os casos. O tipo II ocorre mais freqüentemente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade. Também é chamado de diabete da maturidade. Os sintomas clínicos são suaves e o alto nível sangüíneo de glicose pode normalmente ser controlado por dietas, exercícios físicos e/ou drogas anti-diabéticas tal como o gliburide (DiaBeta). Muitos diabéticos tipo II apresentam uma quantidade suficiente ou mesmo excesso de insulina no sangue. Para estes indivíduos, o diabete surge não de uma falta de insulina, mas provavelmente porque as células perdem os receptores de insulina tornando-se menos sensíveis a ela. O diabete tipo II é, dessa forma, também chamado de diabete não-dependente de insulina. (TORTORA, 2000 – pág.315 - 316).

Hipertensão

A **hipertensão** ou pressão alta persistente é definida como a pressão sistólica de 140mmHg ou mais e uma pressão diastólica de 90mmHg ou mais. Sendo que o normal em um homem adulto saudável é de 120/80mmHg. Nas sociedades industrializadas, a hipertensão é a doença mais comum do coração e dos vasos sanguíneos; ela é a maior causa de insuficiência cardíaca, doenças renais e infarto. Os valores de pressão sanguínea para adultos podem ser classificados em:

Normal: sistólica menor que 130mmHg
diastólica menor que 85mmHg

Normal alta: sistólica 130-139mmHg
diastólica 85-89mmHg

Hipertensão: sistólica 140 ou maior
diastólica 90 ou maior

Segundo Tortora (2000, p. 378), a hipertensão pode ser controlada com dieta, exercícios físicos e/ou medicação.

Câncer de Próstata

O câncer de próstata se tornou uma das formas de câncer mais comum na população masculina esse estima que um em cada doze homens seja diagnosticado ao longo da vida com a doença. A incidência dessa doença aumenta com o passar dos anos, e sendo que e diagnosticado em homem acima de 40 anos.O câncer de próstata e um grave problema de saúde publica altas taxas de incidência e a mortalidade neoplasia fazem com que o câncer de próstata seja o segundo mais comum entre a população masculina sendo superado apenas pelo câncer de pele. (VIERA, 2008).

Após a coleta de informações do sujeito e família, para atender a proposta do PTS iniciamos o diálogo com a equipe de referencia que apresentamos a seguir.

Discussão com a Equipe de Referência

A equipe de referência é composta por enfermeira, técnicas e agente comunitários de saúde e médica as mesmas demonstraram bastante interesse e contribuíram para o desenvolvimento do PTS. A enfermeira foi procurada para agendar o transporte para seu N.M, que se efetuou com sucesso, a médica quando solicitada prescreveu as medicações para o paciente e contribuiu no cuidado realizando visita domiciliar. Tivemos a necessidade de buscarmos ajuda em outros espaço de saúde para conseguirmos o medicamento Janumet, sendo disponibilizado por um médico endocrinologista através de uma das acadêmicas que trabalha na gestão municipal. Entendemos que foi fundamental o suporte da equipe de referência para a resolução dos encaminhamentos dos agravos de saúde do paciente.

Olhando para os Dados

Os dados provindos PTS, possibilitou-nos visualizarmos a importância de termos o processo de trabalho na saúde sistematizado, também entendemos que trabalhos com essa magnitude são de extrema importância para a concretização do processo ensino-aprendizagem. Percebemos que os PTS, supera um estudo de caso, pois não fica restrito a patologias especifica seu foco é o olhar multifocal, transdisciplinar e multiprofissional. Através do suporte de uma equipe de referência podemos dar solução para as demandas do paciente a nível local esgotando todos os recursos disponíveis na ESF, deixando o encaminhamento aos especialistas para ultima instância. Podemos constatar que o PTS, possui uma intervinculação com o método OTDPIA o que fortalece a consulta de enfermagem e sistematizada da assistência de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado está ligado diretamente à enfermagem, esse deve ser pautado na visão holística é na interação entre todos os profissionais da saúde na recuperação, promoção e prevenção a saúde do sujeito.

O PTS nos fez enxergar a real importância do enfermeiro (a), no âmbito da saúde coletiva, pois é através do contato direto e acolhendo que sabemos as necessidades que estão afetadas naquele momento na vida do sujeito.

Através da consulta de enfermagem e sua sistematização, tivemos a oportunidade de conhecermos a “parte subjetiva do sujeito”, o ouvir, que é muito mais que escutar. No momento do tocar podemos observar e dar muita atenção à queixa principal do sujeito. Fazendo a análise do ouvir e tocar, foi dada ênfase ao diagnóstico de enfermagem, ou melhor, identificar os problemas e as necessidades de cuidado ao sujeito, preparando o plano de cuidados no qual compreende atender as necessidades, após faz-se intervenção do que foi proposto e por fim a avaliação do cuidado. A escolha da teoria de Wanda Horta foi pertinente, pois através dela criamos diversos planos de ações para solução dos problemas do sujeito.

Enfim, a enfermagem está preocupada com a promoção, prevenção e educação para a saúde, de acordo com as necessidades de cada sujeito, nesse sentido o PTS contribui diretamente para nosso aprendizado, além de facilitar a compreensão da Sistematização da Assistência de Enfermagem e ser instrumento fundamental para prática do cuidar em saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. P 60.

LEOPARDI, T. Maria. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Editora Papa-Livro, 1999.

SMELTZER, Suzanne C; BARE. Brenda G. Brunner. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TORTORA, Gerard J. **Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 4ª edição. São Paulo: Artmed, 2003. Pág. 140 – 152.

VIEIRA, S.E.J, Luiza. ET all. Prevenção do câncer de prostata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. In: ABRASCO, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. **Ciencias e Saude Cotetiva**. Volume 13, numero 1, Rio de Janeiro: janeiro / fevereiro de 2008. P. 145- 152.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE A PARTIR DO PROJETO TECNOLOGIAS DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO EM SAÚDE PARA A REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA

Renan Antônio Ceretta

Curso de Odontologia – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Gladys Moraes de Carvalho

Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma.

Ivanir Prá da Silva Thomé

LADSSC – Curso de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

José Otávio Feltrin

NEPIEES – Curso de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Luciane Bisognin Ceretta

LADSSC, NEPIEES, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

RESUMO

Relato de experiência que visa demonstrar a importância da capacitação desenvolvida com Trabalhadores do SUS, Usuários e gestores de dez municípios do extremo sul catarinense com a prática do Planejamento Participativo em saúde para a organização do processo de trabalho em Unidades Básicas de Saúde. O projeto foi desenvolvido em cinco etapas distintas envolvendo sensibilização dos gestores dos 10 municípios envolvidos, Capacitação dos tutores; Sensibilização dos monitores e dos multiplicadores dos municípios. O foco do projeto foi contextualizar o cenário da atenção primária em saúde instrumentalizando os atores envolvidos para a prática do Planejamento Estratégico Participativo. Os resultados do projeto foram muito positivos, permitindo a organização do Processo de Trabalho em Saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Capacitação. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

Report on an experiment that aims to demonstrate the importance of training workers developed with the SUS users and managers in ten cities in the far south of Santa Catarina with the practice of Participatory Planning in health for the organization of working process in the Basic Health Project was developed in five distinct stages involving awareness of the managers of 10 municipalities involved, training of tutors; awareness monitors and multipliers of the municipalities. The focus of the project was to contextualize the setting of primary health care equipping those involved in the practice of Participatory Strategic Planning. The project results were very positive, allowing the organization of the Labour Process in Health.

Keywords: Training in Health Planning; Primary Health.

INTRODUÇÃO

O Planejamento em saúde tem se tornado nos dias atuais em estratégia fundamental para a organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, sem o qual, as ações desenvolvidas tornam-se fragmentadas e muitas vezes descontextualizadas da realidade de vida e saúde da população.

O processo de planejar participativamente implica o diálogo e a discussão que precedem a ação. Ele pode ser mais estratégico ou mais comunicativo, na dependência da qualidade do diálogo, da forma de tomada de decisão e dos métodos empregados na construção compartilhada (1).

Autores apontam que o planejamento participativo, adotado como prática social, exerce um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. Tem, portanto, o poder de criar uma nova cultura de compromisso com a instituição.(2)

Constata-se no entanto, no cotidiano do trabalho multiprofissional em saúde, sobretudo na atenção básica, que o planejamento não tem se configurado em ferramenta para a organização do processo de Trabalho.

O Processo de trabalho em saúde na atenção primária é carregado de situações que exigem dos profissionais habilidades para lidar com os conflitos, diferentes opiniões, as tendenciosidades de alguns em detrimento de outros, dentre outras tantas questões. Trabalhar na lógica centralizadora, dissociada das reais necessidades da população é uma incoerência tendo em vista que, trazendo as pessoas para perto, colocando-as lado a lado para discutir e planejar juntos as torna

co-responsáveis com o serviço, sendo esta uma estratégia promissora para minimizar os habituais conflitos existentes entre trabalhadores de saúde e usuários.

As organizações complexas, como são os serviços de saúde, produzem relações de conflito e de articulação entre as forças sociais, o que, requer uma tecnologia de planejamento que consiga propiciar o enfrentamento dos problemas e a obtenção de soluções criativas. (3)

Outra questão importante que se coloca é o preparo dos trabalhadores de saúde para saírem da zona de conforto a qual normalmente se colocam quando optam por atuar de modo centralizado. Colocam-se como que protegidos da realidade externa aos muros das Unidades de Saúde e os problemas da população que fervilham do lado de fora não os atingem nem ganham a importância devida.

Na tentativa de superar este modelo de atenção que se traduz em práticas centralizadoras, fragmentadas e destituídas da realidade, é que se propõem o planejamento participativo em saúde, na perspectiva da conquista de modelos de saúde menos desiguais e que se permitam atender as necessidades reais da população.

É importante salientar ainda que o planejamento participativo que se defende e propõem transcende a mera participação das pessoas envolvidas. É necessário que além de participar estas pessoas apontem sugestões, levantem problemas, apresentem soluções, ou seja, participem ativamente.

A partir das constatações do cenário de práticas, surgiu o Projeto denominado Tecnologias de Planejamento Participativo em Saúde. Trata-se de um amplo e estruturante projeto voltado à capacitação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde e envolveu os dez municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina que são Criciúma, Içara, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Treviso, Siderópolis, Forquilha, Urussanga, Cocal do Sul e Lauro Muller, abrangendo, em média, 920 participantes entre trabalhadores de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde; gestores e usuários. Além dessa população, o projeto envolveu docentes dos cursos de graduação e dos cursos Técnicos na área da saúde da região.

Este Relato tem por objetivo demonstrar a experiência da capacitação desenvolvida com Trabalhadores do SUS, Usuários e gestores para a prática do Planejamento Participativo na Atenção Básica em Saúde e para o trabalho interdisciplinar e que incluiu também as Instituições formadoras de trabalhadores para a área da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Caso do tipo Relato de Experiência do desenvolvimento de um Projeto de Capacitação para trabalhadores do Sistema Único de Saúde, usuários e gestores sobre o Planejamento Participativo em Saúde. O projeto foi coordenado pela comissão de integração ensino e serviço da região carbonífera de Criciúma – SC, abrangendo 10 municípios e 920 participantes sendo 34 gestores, 22 usuários e 864 trabalhadores de saúde.

O projeto foi desenvolvido em quatro etapas distribuídas da seguinte forma: Inicialmente foram capacitados um grupo de 11 Tutores que organizaram toda a proposta e construíram os materiais para o seguimento do projeto. A seguir, cada tutor ficou responsável por um grupo de multiplicadores, a que denominou-se de monitores do projeto Tecnologias. Esse grupo de trabalhadores de saúde, gestores e conselheiros de saúde, foi capacitado para multiplicar a proposta nos municípios onde atuam. Após capacitado, o grupo de monitores multiplicou a proposta, a partir de capacitações efetuadas no âmbito de cada um dos dez municípios envolvidos, onde participaram os demais trabalhadores de saúde vinculados ao SUS, usuários e gestores, a que denominou-se de articuladores de Planejamento Participativo em Saúde. Transversalmente às atividades ocorreram os seminários: um seminário com a comunidade, realizado em cada um dos municípios envolvidos, totalizando, portanto 10 seminários e 1 seminário com os docentes dos cursos de graduação da área da saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC para discussão das possibilidades de inclusão da temática do Planejamento Participativo em Saúde nas matrizes curriculares dos referidos cursos. Participaram 07 coordenadores de cursos 21 docentes e 11 acadêmicos. O desenvolvimento da proposta então foi organizado a partir dos seguintes momentos: Sensibilização dos Gestores Municipais de Saúde para o desenvolvimento da proposta de capacitação nos municípios; Sensibilização dos tutores para o desenvolvimento dos materiais instrucionais e organização da capacitação para os multiplicadores; Análise do Processo de Trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios; Desenvolvimento do Planejamento Estratégico Participativo em Saúde propriamente dito; Desenvolvimento de Seminário em cada um dos municípios envolvidos para a apresentação dos resultados das atividades

desenvolvidas bem como, encaminhamento de propostas para continuidade das ações.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

Primeiro Momento - Sensibilização dos Gestores Municipais de Saúde para o Desenvolvimento da Proposta de Capacitação

Encontro com gestores municipais de Saúde para apresentação da proposta e sensibilização sobre a importância da mesma para a transformação das práticas de Saúde Pública até então vigentes partindo dos seguintes questionamentos: Qual a realidade da saúde pública no seu município? Qual o papel do trabalhador de saúde e do controle social para melhorar essa realidade? Onde queremos chegar e o que precisamos fazer para isso? Os gestores elaboraram suas respostas que foram sistematizadas e discutidas pelos mediadores. Ao término dessa discussão os mediadores elencaram dentre os nós críticos apresentados, a questão da qualificação do trabalhador de saúde; do controle social e dos gestores. Por fim, como possibilidade apresentaram a proposta do Projeto de Tecnologias de Planejamento Participativo em Saúde, discutindo objetivos; necessidades regionais e formatação metodológica. Os gestores, ao término do encontro, manifestaram seu interesse na proposta, bem como, seu empenho para que a mesma fosse operacionalizada.

Segundo Momento - Sensibilização dos Tutores

Inicialmente realizou-se a qualificação dos tutores e, a seguir dos monitores, para posteriormente estes auxiliados pelos tutores, efetuarem a qualificação dos facilitadores (educandos) de Educação Permanente em Planejamento Participativo em Saúde. Para o preparo dos tutores adotou-se a seguinte trajetória: a) Exploração inicial acerca da realidade da Saúde Pública no cenário regional por meio de perguntas chave; b) Discussão sobre os nós críticos encontrados na realidade, contextualizando o Planejamento Participativo em Saúde; c) Discussão sobre Metodologias ativas; d) Construção de disparadores mentais; e) Problematização da realidade por meio do Arco de Maguerez, entre outros. f)

Discussão do Texto: “Pressupostos Pedagógicos de Bordenave”.g) Discussão e apresentação de diferentes estratégias de ensino e aprendizagem para o trabalho com sujeitos adultos .

Ao término dos encontros elaborou-se um Planejamento do Processo de ensino e de aprendizagem sobre os módulos, definindo quais tutores seriam responsáveis por quais módulos e que estratégias de ensino e de aprendizagem seriam adequadas a cada assunto. A organização dos materiais dos módulos ficou assim distribuída, de acordo com a ordem como aconteceram, sempre interligando um tema ao outro:

a) Políticas de Saúde no Brasil e Modelos Tecnoassistenciais: 60 horas teóricas (30 presenciais e 30 na modalidade à distância por meio do ambiente virtual);

b) Participação Popular no Sistema Único de Saúde: 40 horas teóricas, sendo 20 presenciais e 20 na modalidade à distância por meio do ambiente virtual)

c) Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde: 60 horas teóricas (30 presenciais e 30 na modalidade à distância por meio do ambiente virtual);

d) Diagnóstico de Saúde segundo condições de vida: 40 horas (20 horas presenciais e 20 horas à distância por meio do ambiente virtual)

e) Processo Saúde Doença: 40 horas teóricas, sendo 20 presenciais e 20 à distância por meio do ambiente virtual

f) Educação e promoção da Saúde: 60 horas. (30 horas presenciais sendo e 30 horas à distância por meio do ambiente virtual)

g) Planejamento Participativo em Saúde para a Atenção Básica: 100 horas sendo 50 presenciais, 30 no campo de prática e 20 no ambiente virtual.

Estes conteúdos foram desenvolvidos através de textos didáticos construídos especialmente para a Capacitação, a partir da literatura existente e foram trabalhados com momentos teóricos de discussão e momentos práticos de elaboração do planejamento.

Os tutores tiveram 60 dias para organizar o material e explorar as metodologias ativas disponíveis. Ao término de 60 dias ocorreu novo encontro entre os tutores quando ocorreu a apresentação do material construído que foi analisado por todos coletivamente com os ajustes necessários encaminhados.

Terceiro Momento – Instrumentalização dos Monitores

Ao pensar o projeto Tecnologias de Planejamento Participativo em Saúde, construiu-se a idéia de que as capacitações ocorreriam em momentos distintos com ambos os grupos, no entanto, a partir do início das atividades concluiu-se que seria ideal que os grupos fossem distintos, mas que o processo corresse simultaneamente tanto entre monitores quanto entre docentes. Constituiu-se assim um grupo de monitores composto por trabalhadores de saúde, usuários com liderança comunitária e gestores e outro grupo de docentes dos cursos de graduação na área da saúde, da UNESCO e dos cursos Técnicos na área da saúde da região. Foi necessário constituir esses dois grupos em virtude da disponibilidade dos distintos trabalhadores. Assim, os encontros com os monitores que foram liberados de suas atividades profissionais para participarem do projeto, ocorreu no período vespertino, e já os encontros com os docentes, que em virtude de seus diferentes compromissos em sala de aula, tornou necessária a organização dos mesmos no período noturno. As metodologias adotadas foram ativas, adotando-se sempre disparadores mentais, tendo como referência o arco de Maguerez. Cada grupo de monitores de cada município participante esteve sob a coordenação técnica e pedagógica de um tutor do grupo de tutores. Assim, cada Tutor foi referência para um município, orientando e acompanhando as atividades de dispersão. O Município de Criciúma, recebeu a participação de dois tutores.

Quarto Momento – Análise do Processo de Trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas dos municípios

Cada grupo de monitores efetuou a análise do Processo de Trabalho nos seus municípios em três Unidades Básicas de Saúde, utilizando o roteiro de necessidades, finalidade, objeto, instrumento e produto para acompanhamento de cinco pacientes a fim de compreender o processo de trabalho do ponto de vista do

atendimento às necessidades dos usuários, utilizando uma trajetória-sentinela que permitiu ordenar os fatos cronologicamente; identificar os serviços envolvidos e as unidades assistenciais utilizadas; localizar os resultados de exames, evoluções e pareceres dos profissionais de saúde e analisar o seu uso, na tomada de decisões. A seguir, aplicou-se o fluxograma analisador. Esse fluxograma de uma trajetória sentinela permitiu a análise e discussão do modo como opera a rede de (inter)relações no setor estudado. Os resultados da análise foram apresentados em plenária para o grande grupo quando então foi possível identificar os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho naquelas Unidades de Saúde que serviram de estimativa para cada município, pois mesmo que as demais unidades de saúde apresentassem alguma diferença, essas não deveriam ser significativas, então esses resultados foram tomados no geral, para todas as Unidades de Saúde daqueles municípios.

Quinto Momento – Planejamento Estratégico Participativo

O Planejamento Estratégico foi desenvolvido a partir da aplicação da Tecnologia construída pelos tutores do projeto, e permitiu estabelecer um cronograma de ações a serem desenvolvidas para resolver os problemas apresentados em cada município. Para tanto, realizou-se seminários com a população a fim de discutir os principais problemas existentes relacionados à saúde e construir com os mesmos as possíveis soluções e/ou encaminhamentos. O referencial adotado para o Planejamento foi o Método Altadir de Planejamento Participativo – MAPP, porém de um modo mais simplificado. O Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP) é uma proposição que toma por base os princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (4). O MAPP representa uma proposta para a efetivação da participação social e para a descentralização dos serviços de saúde. Partindo do pressuposto que diferentes atores da unidade de saúde participam do plano de ação com a sua visão própria, o MAPP também fortalece o compromisso desses atores sociais, a partir do momento em que analisam os problemas e propõem as soluções. (5)

RESULTADOS/DISCUSSÃO

As atividades desenvolvidas e do projeto como um todo promoveram contribuições importantes para a estruturação do Sistema Único de Saúde nos municípios da região carbonífera de Santa Catarina, uma vez que as mesmas permitiram repensar o processo de trabalho em saúde, o que conduziu a construção de alternativas organizacionais importantes em cada um dos municípios. Dentre os aspectos positivos de maior impacto que podem ser citados estão:

O Diagnóstico de Saúde da Comunidade

Os participantes realizaram o processo de diagnóstico de saúde da comunidade de modo bastante aprofundado e detalhado, buscando na realidade as informações necessárias sobre os aspectos constantes do relatório. Cada município apresentou em plenária seus achados, quando se tornou possível amplas discussões acerca dos mesmos, o que permitiu ainda, a identificação dos pontos críticos em cada um dos locais. Em todos os municípios, o diagnóstico apontou especificidades, mas também problemas muito semelhantes, o que permitiu a análise posterior do processo de trabalho para então associando o diagnóstico à análise do processo de trabalho, realizar o Planejamento Participativo em Saúde.

O Processo de Trabalho em Saúde nos municípios

A análise do Processo de Trabalho foi efetuada após o conhecimento sobre o diagnóstico de vida e saúde da comunidade. Os resultados permitiram identificar, dentre outros fatores:

- a) As relações estabelecidas entre os prestadores de cuidado no espaço micropolítico de uma unidade básica de saúde;
- b) Ruídos identificados no processo de trabalho dos profissionais em uma unidade básica de saúde;
- c) Ruídos identificados no Fluxograma;
- d) Estrutura física, de equipamentos e de trabalhadores de saúde disponíveis e que interferem no processo de trabalho;
- e) Programação das atividades na UBS entre os membros da equipe multiprofissional de saúde;

f) Atendimento ao usuário.

Foram identificados problemas tais como: Falta de agilidade dos serviços de apoio diagnóstico para realização dos exames e liberação dos resultados; Falta de medicamentos na farmácia; Dificuldade de abertura de prontuários e marcação de consultas; Dificuldade em compreender o que está escrito nos receituários e prontuários em virtude da ilegibilidade dos mesmos; Dificuldade de relacionamento entre a equipe de saúde; Carência de Agentes Comunitários de Saúde para a cobertura das microáreas; Instabilidade dos profissionais de saúde; Conflitos constantes com os usuários; Conflito entre a equipe porque o profissional médico não cumpre a carga horária.

Após a identificação dos problemas potenciais a que se denominou de nós críticos do processo de trabalho em saúde, os monitores foram orientados a retornar as equipes de saúde, agendar um novo encontro com a equipe multiprofissional de saúde e então apresentar à mesma os resultados da análise, bem como, discutir coletivamente, propostas para resolução dos nós críticos identificados. Os resultados dos encaminhamentos com as equipes de saúde foram novamente discutidos em plenária, quando se avaliou coletivamente com o grupo de monitores e os tutores as possibilidades de execução das propostas apresentadas.

O Planejamento Estratégico Participativo

Dentre os aspectos positivos de maior impacto que podem ser citados estão:

- a) Organização do Processo de Trabalho; Compreensão das técnicas de elaboração do diagnóstico de vida e saúde das comunidades e compreensão sobre a importância da realização do mesmo;
- b) Compreensão e inserção do Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de trabalho;
- c) Aproximação importante e significativa entre os trabalhadores que constituem a equipe multiprofissional de saúde, bem como destes com os usuários, lideranças comunitárias e gestores do sistema de saúde.
- d) Organização do Sistema de Informações em Saúde utilizando-o como ferramenta de trabalho para a organização das ações de saúde;

- e) Mudanças no processo de acolhimento dos usuários;
- f) Compreensão da importância da participação popular e do controle social, constituindo em todos os bairros dos municípios envolvidos o Conselho Local de Saúde.
- g) Organização das Práticas educativas em saúde, com definição dos Grupos Terapêuticos a partir dos problemas identificados por meio de Diagnóstico de Vida e Saúde da Comunidade. A partir do diagnóstico de saúde da comunidade, da análise do processo de trabalho e da interlocução com os usuários por meio do conselho local de saúde, foi possível desenvolver uma proposta de educação em saúde que foi organizada em duas frentes:
 - 1) Educação em Saúde como atividade transversal nas Unidades Básicas de Saúde
 - 2) Grupos Terapêuticos em Saúde: a partir do diagnóstico de saúde da comunidade e das demais análises efetuadas definiu-se a organização dos seguintes grupos terapêuticos: 1. Diabéticos e Hipertensos, 2. Gestantes, 3. Portadores de depressão, 5. Adolescentes, 6. Mulheres em climatério e menopausa
Construiu-se um roteiro norteador a ser adotado pelas equipes a fim de orientar a organização, o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação das atividades dos Grupos Terapêuticos.
- h) Capacitação dos docentes dos cursos de graduação e cursos técnicos na área da saúde: Esse foi um movimento muito importante pois possibilitou amplas e significativas mudanças nos distintos olhares dos diferentes cursos de graduação da área da saúde, sendo possível dar início ao rompimento de barreiras históricas que se considerava intransponíveis nas discussões referentes ao SUS, a Saúde Coletiva e ao Planejamento em Saúde Coletiva.
- i) Integração entre estudantes dos cursos de graduação e dos cursos técnicos na área da saúde com trabalhadores, gestores e usuários quando foram realizadas as seguintes atividades: Seminário de Educação Permanente em Saúde; Participação de discentes aos encontros presenciais das capacitações programadas tanto para monitores quanto para facilitadores; Organização de um painel de

exposição dos trabalhos desenvolvidos pelos diferentes municípios no interior da Universidade junto a trabalhos acadêmicos; Construção de projetos nos municípios com apoio dos docentes e discentes dos cursos de graduação e de cursos Técnicos, surgidos por solicitação dos monitores e facilitadores e durante as plenárias nos municípios, Ciclo de palestras para os profissionais da saúde dos municípios envolvidos ministrados por docentes da UNESC, dos cursos da área da saúde.

CONCLUSÃO

Ressalta-se a importância das atividades desenvolvidas e do projeto como um todo para a estruturação do Sistema Único de Saúde nos municípios da região carbonífera de Santa Catarina, uma vez que as mesmas permitiram repensar o processo de trabalho em saúde, o que conduziu a construção de alternativas organizacionais importantes em cada um dos municípios.

O Planejamento Estratégico Participativo se mostrou em ferramenta muito adequada e que deve incluir os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária.

Por fim, ressalta-se a importância da Educação Permanente em Saúde que envolva usuários, gestores, instituição formadora e trabalhadores da área da saúde num quadrilátero que de fato poderá responder as amplas e significativas necessidades da população de um modo mais abrangente e resolutivo.

REFERÊNCIAS

RAUPP B. (Org). **Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008.

TANCREDI FB, BARRIOS SRL, FERREIRA JHG. **Saúde e cidadania: planejamento em saúde**. São Paulo: IDS/USP, 2000.

LALUNA, Maria Cristina M. Capel and FERRAZ, Clarice Aparecida. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2003, vol.11, n.6, pp. 771-777. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600011>.

HUERTAS, F. **Entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

SLALINSKI LM, SCOCHI MJ, MATHIAS TAF. A utilização do método Altadir de Planejamento Popular em atividades de estágio curricular. **Ciência, Cuidado e Saúde** 2006; 5(1) 75-81, jan./abr. 2006

REORGANIZAÇÃO DO CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DO HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Gustavo de Oliveira

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva - Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, gudeoli@hotmail.com.

Larissa de Oliveira

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva - Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Sabrina Teodosio Silva

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva - Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Gabriela Maciel Alves

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva - Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva -Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense

RESUMO

Este artigo trata do relato da experiência da reorganização do cadastramento e acompanhamento dos usuários do HiperDia, desenvolvida no âmbito da Unidade de Saúde Boa Vista, localizada no município de Criciúma (SC). A ação foi executada por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), das áreas de educação física, farmácia, nutrição e psicologia. A população deste relato abrange os portadores de hipertensão arterial e diabetes da referida Unidade. A reestruturação do serviço foi realizada primeiramente a partir do levantamento dos usuários cadastrados no Sistema HiperDia e a comparação destes cadastros com os formulários arquivados na farmácia da unidade. A partir dessas ações, organizou-se a chamada dos usuários da unidade para realização do acompanhamento e atualização dos dados cadastrais. A ação foi executada com o objetivo de viabilizar o acompanhamento com efetividade dos usuários da unidade, maior proximidade com os pacientes e com a real condição de saúde destes, a atualização dos dados epidemiológicos para aprimoramento da assistência em saúde e o estabelecimento de um espaço de discussão dos elementos relacionados à saúde deste público, em virtude das variadas implicações inerentes as patologias envolvidas. Na ocasião da chamada, os residentes realizaram a coleta dos dados, que incluiu os dados sociodemográficos e dados clínicos como, a aferição de peso, estatura, pressão arterial, glicemia capilar e circunferência da cintura, fatores de risco, doenças concomitantes, presença de complicações, tratamento medicamentoso e circunstâncias pertinentes a atualização dos cadastros e acompanhamento dos pacientes. A análise dos dados contidos nos cadastros viabilizou o reconhecimento do perfil epidemiológico dessa população e conseqüentemente o desenvolvimento de estratégias de saúde pública que viessem a contribuir para a melhoria da

qualidade de vida, redução do custo social, maior efetividade do serviço e consistência dos dados epidemiológicos. Dentre as estratégias refletidas, surgiu a formação de um grupo terapêutico com esta população, sendo os encontros realizados quinzenalmente no Centro Comunitário do bairro. Porém, a metodologia de intervenção, não se restringiu apenas a mobilizar aos usuários para a nova forma de ver e fazer saúde da atualidade, mas, também aos profissionais da unidade de saúde e aos residentes envolvidos na ação, a compreender e disseminar os benefícios deste novo olhar que aponta como fundamental as ações interdisciplinares e multidisciplinares, que transcendem a visão de assistência apenas curativa.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This article reports the experience of the reorganization of the registration and monitoring of users HiperDia developed within the Health Unit Boa Vista, located in the town of Crickhowell (SC). The action was taken by residents of the Multidisciplinary Residency Program in Primary Care / Family Health at the Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), the areas of physical education, pharmacy, nutrition and psychology. The population of this report covers those with hypertension and diabetes of the unit. The restructuring of the service was held from the first survey of users in the system HiperDia and compared these records with the forms filed in the pharmacy unit. From these actions, organized the so-called users' drive to the follow up and update their registration data. The action was taken in order to enable the effective monitoring of the users of the unit closer to the patients and the actual condition of health, the update of epidemiological data for improvement of health care and the establishment of a forum for discussion of elements related to this public health because of the varied implications of the pathologies involved. At the time of call, residents performed the data collection, that included sociodemographic data and clinical data as the measurement of weight, height, blood pressure, capillary blood glucose and waist circumference, risk factors, concomitant diseases, complications, drug treatment and circumstances of the update records and follow-up. The analysis of the data contained in records made possible the recognition of the epidemiological profile of this population and consequently the development of public health strategies that they would contribute to improving the quality of life, reducing the social cost, more effective service and consistency of epidemiological data. Among the strategies reflected, was the formation of a therapeutic group with this population, and the meetings held fortnightly at the Community Center neighborhood. However, the methodology of intervention, not only restricted to mobilize users to the new way to see and do current health, but also to professionals in the health unit and residents involved in the action, to understand and spread the benefits of this new look at key points such as interdisciplinary and multidisciplinary actions that transcend the vision of curative care only.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, o ser humano busca formas para garantir a sua sobrevivência e a manutenção da saúde. Com a evolução, os processos para alcançar esses objetivos foram sendo modificados e adaptados conforme o Homem aumentava seu conhecimento a respeito do mundo e identificava os meios para atingir a saúde.

A Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no ano de 1986, abrange a idéia de saúde dentro de uma situação de qualidade de vida, resultante de um conjunto de fatores, tais como, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação (WHO, 1986).

A Constituição Brasileira garante direito à saúde para todos, sendo entendida como a presença de condições dignas de vida com acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1988). Este princípio norteia o Sistema Único de Saúde, e colabora na ampliação do entendimento de saúde.

O conceito de saúde continua se ampliando, tendo seu significado aproximando-se da condição de bem-estar, não somente o bom funcionamento do corpo, mas inclui o vivenciar uma sensação de conforto psicológico e uma boa qualidade nas relações sociais e com o meio ambiente (GUISELINI, 2006; MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005; BUSS; FILHO, 2007).

A saúde tem relação direta com o estilo de vida, que se define como um conjunto das atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas, em que elementos concorrentes ao bem-estar pessoal devem ser valorizados, como o controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais (NAHAS, 2010).

Sabe-se também que o estilo de vida tem influência direta no desenvolvimento de agravos à saúde. Nos últimos anos, vem ocorrendo um processo de transição demográfica, nutricional e epidemiológica que produziram alterações no perfil de doenças da população, com redução das doenças infecto-contagiosas e aumento da morbimortalidade relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre as DCNT, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) (MALTA et al., 2006).

A HAS é uma doença multifatorial caracterizada por níveis tensionais elevados, associados às alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares). Em idosos, é considerada uma das causas mais importantes de mortalidade prematura, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares. O alto custo social dessa enfermidade é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006; LESSA et al., 2006).

A prevalência de HAS aumenta com a idade e a sua magnitude depende dos atributos biológicos/demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, dos ambientes físico e psicossocial, das características da organização dos serviços e das respectivas interações entre esses vários elementos (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHOA, 2004). Embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da HAS, apenas cerca de um terço dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tensionais controlados (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006).

Os grandes reflexos da HAS no país aparecem: a) nas estatísticas de mortalidade; b) nas estatísticas de hospitalização por doenças cardiovasculares; c) nas elevadas taxas de hospitalização por urgências pela própria hipertensão ou suas complicações; além dos demais custos sociais (LESSA et al., 2006).

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento da hipertensão arterial. Os principais fatores ambientais modificáveis da HAS são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais; sedentarismo; obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

O Diabetes *Mellitus* é uma doença com critérios diagnósticos bem definidos, porém de manejo complexo, uma vez que sua abordagem, além da terapêutica medicamentosa, envolve uma série de mudanças nos hábitos de vida dos pacientes (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002). É um distúrbio metabólico de etiologia múltipla caracterizado por hiperglicemia crônica e que, depois de alguns anos de evolução, faz surgir danos, disfunções ou falência de vários órgãos ou

sistemas. No Brasil, a prevalência é de quase 8% da população adulta, com uma tendência crescente na medida em que aumenta a idade, alcançando um valor maior do que 17% nos indivíduos com mais de 60 anos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Essa patologia é também um dos mais importantes problemas de saúde mundial, tanto em número de pessoas afetadas, como de incapacitação e de mortalidade prematura, bem como dos custos envolvidos no seu tratamento. Essa doença é de grande importância devido a sua elevada prevalência e pelo fato de acarretar complicações macrovasculares (doença cardiovascular, cérebro vascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) (SILVA; LIMA, 2002; COELI et al., 2002).

Com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores de HAS e DM, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade nos serviços de saúde da rede pública, no ano de 2001, o Ministério da Saúde, em parceria com representantes das comunidades científicas de Cardiologia, Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial e Nefrologia; entidades nacionais de portadores de HAS e DM; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), criou o “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*” (BRASIL, 2001). Para atingir o objetivo proposto, foram instituídas diretrizes e metas na atenção a esses agravos através da capacitação dos profissionais de saúde e da garantia de diagnóstico e vinculação destes indivíduos às Unidades de Saúde para o tratamento e acompanhamento sistemático, promovendo uma assistência integral e universal (TOSCANO, 2004).

Uma das estratégias para organizar as informações provenientes do Plano foi a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Sis-HiperDia) (ROMERO; NASCIF JÚNIOR, 2010). Este Sistema foi desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

O fluxo das informações dá-se a partir do preenchimento da ficha de cadastro do paciente hipertenso e/ou diabético pelos profissionais de saúde. Os dados são digitados e torna-se possível a obtenção de relatórios e gráficos a partir

das bases de dados nacional, estadual ou municipal. A continuidade do processo acontece por meio da planilha de acompanhamento do paciente, que permite a monitorização destes através dos exames laboratoriais realizados, de alterações nas prescrições médicas e o surgimento de complicações. Além disso, devem ser registradas as datas de óbitos dos usuários cadastrados e casos de pacientes que migram para outras Unidades de Saúde. Mantendo-se o sistema atualizado é possível obter o número real de pacientes que utilizam os serviços de saúde, bem como propiciar uma programação mais efetiva da aquisição de medicamentos (CUNHA, 2009).

No contexto da Reorganização da atenção à HAS e ao DM, o Ministério da Saúde enfatiza a importância da abordagem multiprofissional, uma vez que essas patologias são de caráter multifatorial e envolvem orientações com vários objetivos. O seu tratamento, portanto, requer o apoio de diversos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, farmacêuticos, dentre outros. Ressalta-se a importância de que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada um realiza a sua avaliação, mas, também, uma ação interdisciplinar onde, em conjunto, poderão traçar um plano individual que promova a recuperação e manutenção da saúde dos portadores desses agravos (BRAGA, 2006).

Como uma nova proposta de aperfeiçoamento dos profissionais para atuar nesse modelo de atenção, criou-se a Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva, a qual engloba múltiplas profissões da área da saúde, atuando conjuntamente na administração dos serviços, na promoção de saúde, nos trabalhos em grupos, na educação em saúde, na epidemiologia, no planejamento local, na articulação com as comunidades e nas discussões ampliadas do processo saúde-doença. Os profissionais de saúde residentes têm a possibilidade de desenvolver práticas fundamentadas nas diretrizes da integralidade e do modelo de vigilância à saúde do SUS, atuando nas diferentes áreas do conhecimento por meio da capacitação em serviço (DA ROS; MARIN, 2007).

Dentre as diversas possibilidades de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais residentes, pode-se destacar a atuação no âmbito da atenção aos portadores de HAS e DM, sendo o programa HiperDia uma ferramenta para o exercício destas ações e suporte em saúde. Neste sentido, torna-se de extrema

relevância a alimentação contínua e adequada do sistema em relação às fases de cadastramento e acompanhamento que permite o fornecimento de informações suficientes para o planejamento eficaz de prevenção e controle de complicações nos indivíduos já diagnosticados, além de fornecer dados epidemiológicos que podem constituir importantes parâmetros para a definição de ações e políticas de prevenção da HAS e DM na população (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Entretanto, existem fatores inerentes a esse processo que dificultam a efetividade do sistema, como estrutura física inadequada, recursos humanos insuficientes e falta de capacitação e de profissionais que estejam sensibilizados e mobilizados de fato para o acompanhamento, supervisão e que compreendam a importância de medidas de promoção, prevenção e preservação da saúde deste público. De modo que estes possam dedicar-se a modificação deste cenário, amparados pela visão atual de saúde que se reporta ao sujeito em sua integralidade e visa a geração de autonomia, participação ativa e transcende a abordagens ultrapassadas, voltadas a ações em saúde apenas curativas ou ainda, que coloquem os usuários destes serviços de saúde na posição de passividade e não de coresponsabilidade em seu processo de saúde. Além desses fatores, o serviço também precisa ser organizado para que se garanta a resolutividade do sistema.

Neste sentido, os profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, inseridos em uma Unidade de Saúde do município de Criciúma(SC), verificaram a necessidade de reorganizar o serviço de Atenção aos portadores de HAS e DM (HiperDia). Essa necessidade surgiu da observação de fatores que dificultam o acompanhamento desses usuários, como citados anteriormente.

O objetivo desse artigo é, portanto, relatar o processo de reorganização do cadastramento e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* do HiperDia de uma Unidade de Saúde do município de Criciúma(SC).

METODOLOGIA

Este artigo trata de um relato de experiência dos residentes das áreas de Educação Física, Farmácia, Nutrição e Psicologia, vivenciada durante as atividades

do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc.

As atividades foram desenvolvidas no âmbito da Unidade de Saúde Boa Vista, localizada no município de Criciúma (SC), que atende aos bairros São Francisco, Boa Vista e Floresta II. Além dos ambulatórios da Atenção Básica, a Unidade também presta serviço de atendimento de urgência e emergência e, portanto, é considerada uma Unidade de Saúde mista.

A população deste relato abrange os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes da referida Unidade. Como parte do processo de reorganização do serviço, foi realizado inicialmente um levantamento dos usuários cadastrados no Sistema HiperDia na Secretaria de Saúde do município e uma comparação destes cadastros com os formulários arquivados na farmácia da Unidade. A partir dessas ações, organizou-se uma chamada para realização do acompanhamento e atualização dos dados cadastrais.

Nesta ocasião, os residentes (Nutricionista, Farmacêutico, Profissional de Educação Física) realizaram a coleta dos dados, que incluiu os dados sociodemográficos, dados clínicos (aferição de peso, estatura, pressão arterial, glicemia capilar e circunferência da cintura), fatores de risco, doenças concomitantes, presença de complicações e tratamento medicamentoso que são necessários para a atualização dos cadastros e acompanhamento dos pacientes.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O HiperDia pode ser implantado em diferentes locais de instalação: Unidades Básicas de Saúde, Distritos Sanitários e Secretarias Municipais de Saúde, integrando os níveis de organização da rede de saúde municipal. O subsistema Municipal transfere e recebe dados do Subsistema Federal do Sistema HiperDia, gerando a base nacional do cadastro de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002).

No município de Criciúma, a digitação e envio dos dados de cadastro e acompanhamento dos usuários do HiperDia ao subsistema Federal do Sistema HiperDia concentra-se na Secretaria do Sistema de Saúde.

Por meio da realização do levantamento dos cadastros na Secretaria do Sistema de Saúde, constatou-se um total de 943 usuários cadastrados na Unidade de Saúde Boa Vista. Destes, observou-se a presença de 82 cadastros duplicados.

Na referida Unidade, os formulários de cadastro do HiperDia encontram-se anexos às fichas de controle de dispensação de medicamentos. Considerando-se que na Unidade não há informação sobre o número real de hipertensos e diabéticos, utilizou-se como parâmetro para esta informação, os pacientes que recebem medicamentos periodicamente para o tratamento destas patologias. Foi verificado um total de 595 pacientes que possuíam ficha na farmácia.

Destas fichas, constatou-se que 110 haviam sido preenchidas, porém, não efetivadas no Sistema. Portanto, comparando-se o total de pacientes cadastrados no Sistema HiperDia (excluindo os cadastros duplicados) com o total de fichas da farmácia, percebeu-se uma incompatibilidade nestes números, com uma diferença de 266 cadastros. Isto pode ser devido à falta de atualização dos dados de identificação dos usuários que migram para outros locais fora do âmbito de atendimento da Unidade, óbitos, entre outros motivos.

Além disso, Chagan e Perez (2008) elencam três aspectos importantes que dificultam a resolutividade do Sistema, dentre eles: estrutura, recursos humanos e capacitação. Os autores relatam que comumente identifica-se falta de estrutura organizacional e física, bem como falta de recursos humanos e de materiais para se efetivar o cadastramento, além de dificuldades no fluxo das fichas, preenchimento inadequado, falta de treinamento que esclareça a importância do sistema e os dados necessários ao preenchimento. Também observa-se problemas no processo de trabalho, como a resistência dos profissionais para aderirem ao programa.

Com o objetivo de reconhecer e estabelecer vínculo com esta população, os residentes organizaram uma chamada para o acompanhamento e atualização dos dados cadastrais destes, através de convite realizado pelos agentes comunitários de Saúde, cartazes dispostos nos diversos tipos de comércio do bairro e na Unidade de Saúde, bem como foram entregues convites no momento da dispensação dos medicamentos na farmácia. Os convites foram distribuídos com um mês de antecedência e reforçados cotidianamente pelos agentes e residentes.

O acompanhamento e atualização dos dados foram realizados em dois dias consecutivos, sendo que, nesta oportunidade, compareceram 220 sujeitos, sendo 118 mulheres e 102 homens. Os dados coletados foram utilizados para

atualizar os cadastros e realizar o acompanhamento de cada usuário no sistema. A chamada foi realizada em dois dias na tentativa de reunir o maior número de usuários possível, porém, aqueles que não puderam comparecer nestes dias estão tendo seus dados atualizados e seus parâmetros clínicos acompanhados no momento da dispensação dos medicamentos recebendo orientações no que cerne ao quadro clínico observado, com base nas discussões multiprofissionais desenvolvidas sobre o público em acompanhamento que correspondem à ação da equipe multiprofissional da residência envolvida.

Para um maior controle desta população, os parâmetros clínicos como pressão arterial, glicemia capilar e peso corporal serão verificados mensalmente ou quando se fizerem necessários, registrando-os no sistema HiperDia, para acompanhamento efetivo dos usuários. Além disso, também será registrado os outros parâmetros da ficha de acompanhamento, como presença de complicações, alterações no tratamento medicamentoso e resultados de exames.

Como parte da reorganização do HiperDia da Unidade de Saúde Boa Vista, os profissionais residentes (Profissional de Educação Física; Nutricionista; Farmacêutico e Psicólogo) estruturaram, também, a formação de um grupo terapêutico, com o objetivo de proporcionar um espaço de discussão de questões relacionadas à saúde, de um acompanhamento mais consistente em que haja maior proximidade com os usuários e sua condição de saúde em tempo presente, além de proporcionar atividades de lazer e integração, visando mudanças no estilo de vida desta população para um melhor enfrentamento em relação a sua condição de saúde, visando qualidade de vida e prevenção de agravos. Os encontros são realizados quinzenalmente no Centro Comunitário do bairro. Este espaço também será utilizado para realizar o acompanhamento dos usuários.

A proposta de ativar o grupo de HiperDia da Unidade de Saúde Boa Vista, surgiu não apenas como forma de aperfeiçoar as práticas voltadas aos usuários, atualização dos dados ou efetividade dos serviços disponibilizados a este público mas, também, com o objetivo de sensibilizar a equipe local à práticas em saúde que dêem espaço para a valorização da vida, prevenção, ações interdisciplinares e baseadas no princípio de integralidade do SUS e que, de modo geral, venham a viabilizar aos usuários uma participação mais ativa em que estes possam se tornar protagonistas de seu processo de saúde.

Pretende-se, ainda, realizar uma sensibilização com os demais profissionais de saúde da Unidade, na tentativa de minimizar as dificuldades inerentes ao programa e promover a manutenção e organização do sistema.

A chamada dos usuários mostrou-se bastante significativa e relevante, sendo que foi uma maneira de realizar o acompanhamento efetivo deste grupo, avaliar a real condição de saúde das pessoas cadastradas, quais pacientes de fato estão fazendo uso do serviço, foi mais uma maneira de estreitar os vínculos entre eles e a unidade e de conscientizar estes a nova forma de ver e fazer saúde.

CONCLUSÃO

A partir da vivência e implicações observadas no que tange o público de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* no âmbito da Unidade de Saúde Boa Vista, os profissionais residentes de Educação Física, Nutrição, Farmácia e Psicologia realizaram a reorganização do HiperDia da Unidade e estruturaram a formação de um grupo terapêutico para esta população.

Esta ação foi iniciada através da análise dos dados do Sistema HiperDia, que permite o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus e que tem como função gerar as informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática à todos os usuários cadastrados.

Entretanto, o estabelecimento destas medidas só foram possíveis mediante a participação popular, fator decisivo, e espaço de ação/reflexão das temáticas que, viabilizaram a identificação das situações de riscos que resultaram na formulação de propostas de ações em saúde baseadas nas necessidades apresentadas pela população local e não apenas em dados.

Participação esta que após a implantação do grupo de HiperDia tem se apresentado cada vez mais intensa e consciente. Os participantes tem se mostrado bastante engajados em incutir na rotina novas atitudes que visam modificação do estilo de vida para hábitos potencializadores de saúde. Sem contar a crescente valorização das formas de organização destes enquanto comunidade, integração e socialização que vem sendo instigada.

Em suma, todo o desenrolar da ação teve como proposta o acompanhamento mais efetivo dos usuários; maior proximidade com os mesmos e

com a sua real condição de saúde; a atualização dos dados epidemiológicos para melhor assisti-los e o estabelecimento de um espaço de discussão dos elementos relacionados à saúde deste público, em virtude das variadas complicações inerentes às patologias envolvidas. Além de proporcionar atividades de lazer e integração, tendo em vista mudanças no estilo de vida desta população e o fortalecimento dos aspectos que favoreçam sua condição de saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos.

A estratégia de reorganização do sistema HiperDia abordado neste relato de experiência, mostrou-se válida, tendo em vista que a metodologia de intervenção, não se restringiu apenas a mobilizar aos usuários para a nova forma de ver e fazer saúde da atualidade, mas, também aos residentes e aos profissionais da Unidade de saúde a compreender e disseminar os benefícios deste novo olhar que aponta como fundamental as ações interdisciplinares e multidisciplinares, que transcendem a visão de assistência apenas curativa. Aonde os usuários são instigados ao reconhecimento dos obstáculos relacionados às determinantes envolvidas no seu processo de saúde e estimulados a transformação de atitudes, para que venham a encontrar condições próprias de restaurar e preservar sua saúde e superação dos hábitos relacionados até então cristalizados.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, p.205-11, 2002.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial - uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev Bras Hipertens**, v.13, p.134-43, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Projetos, Programas e Relatórios, n. 59. Série C. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação versão 1.5. Rio de Janeiro, 2002.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CHAZAN, A.C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramentos e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia) nos municípios do estado do RJ. **Revista APS**, v.11, n.1, p.10-16, 2008.

COELI, C.M. et al. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Rev Saúde Pública**, v.36, p.135-40, 2002.

CUNHA, C. W. **Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica de saúde através do HiperDia – plano de reorganização da atenção**. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2009.

DA ROS, M. A; MARIN, C. Os Desafios de formação dos profissionais de saúde, à luz dos valores, princípios e bases organizativos dos PSF no Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.1, n.1, 2007.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2007.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento do paciente idoso diabético. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007

BRAGA, E. R. **Reflexão da ação multiprofissional no HiperDia: saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2006.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M, G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, A. E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saúde Pública**, v.20, p.1029-40, 2004.

GUISELINI, M. **Aptidão física, saúde, bem-estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos**. São Paulo: Phorte, 2006.

LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v.87, p. 47-56, 2006.

ROMERO, G. M. NASCIF JÚNIOR, I. A. **Perfil dos portadores de hipertensão cadastrados nas unidades de saúde da família do município de Paracatu-MG**. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, Franca 2010.

TOSCANO, C. M. As Campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4 p. 885-895, 2004.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. V.15, n.3, p.47-65, 2006.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, n.21, v.3, p.263-269, 2005

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. Londrina: Madiograf, 2010.

SILVA, C. A .; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 a curto prazo. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.46, p.550-6, 2002.

WHO – Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa**. In: Brasil, Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 1986.

SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DE VIDA DA MULHER PRESIDÁRIA

Karina Catarina Jaques Machado
Enfermeira, Graduação na UNESC em 2010.

Izabel Scarabelot Medeiro
Mestre em Educação, Docente do Curso de Enfermagem da UNESC/ Criciúma-SC, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde (NEPIEES), ism@unesc.net.

Mágada Tessmann Schwalm
Doutoranda em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Enfermagem da UNESC/ Criciúma-SC, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde (NEPIEES).

Sonia Maria Correa
Especialista em Saúde Mental, Docente do Curso de Enfermagem da UNESC/ Criciúma-SC, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde (NEPIEES).

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva-exploratória, utilizando a linha de abordagem qualiquantitativa, analisando informações referentes às mulheres detentas de um presídio do Sul de Santa Catarina. A pesquisa teve como objetivo central identificar características relativas à saúde mental da mulher presidiária e sua perspectiva de vida. As 22 detentas que aceitaram participar da pesquisa, estavam no presídio há mais de um ano e foram entrevistadas individualmente, utilizando questionário de apoio e um instrumento de avaliação de ansiedade (Escala de Hamilton). Na análise dos dados houve uma variação na faixa etária das detentas, sendo a maioria da população jovem e de baixa escolaridade. A maioria (95,45%) apresentou ansiedade de grau leve a moderado. Quanto a expectativa de vida futura destacou-se a possibilidade de voltar ao mercado de trabalho (77,27%); cuidar dos filhos/família (50,05%); evitar novos delitos e prisão (31,85%). Os sentimentos e reações destas mulheres em relação à situação prisional e sua expectativa de vida, originaram questionamentos sobre a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde, entre estes o enfermeiro diante da questão da mulher e seu envolvimento com as drogas e o crime.

Palavras-chave: Saúde Mental; Mulheres; Prisões; Expectativa de Vida.

ABSTRACT

This is a study of descriptive and exploratory, using the line of qualitative and quantitative approach, analyzing information relating to women inmates of a prison in southern Santa Catarina. The research aimed at identifying characteristics of the mental health of the woman prisoner and her outlook on life. The study includes a requirement of the Undergraduate Program in Nursing, University of Southern Santa Catarina. The research aimed identify central features relating to mental health of women prisoners and their outlook on life. The 22 inmates who agreed to participate in the study were in prison for over a year and were interviewed individually, using a questionnaire and a supporting instrument to assess anxiety (Hamilton Rating Scale). In the data analysis was a variation in the age group of inmates, most of the

young population and low education. The majority (95,45%) had anxiety, mild to moderate. The life Expectancy is further highlighted the possibility of returning to the labor market (77,27%), childcare/ family (50,05%); prevent further crimes and prison (31,85%). The feelings and reactions of these womwn in the prison situation and their life expectancy, resulted in questions about the need for intervention by health professionals them the nurse on the issue of women and their involvement with drug and crime.

Keywords: Mental Health; Women; Prison; Life Expectancy.

INTRODUÇÃO

Infelizmente, a atualidade tem mostrado milhares de presos cumprindo pena de forma sub-humana em celas superlotadas, em condições precárias de vida, muitas vezes sem a satisfação das necessidades de saúde, que é direito de todo ser humano. Fernandes (2000) cita que o sistema carcerário propõe-se a recuperar e reeducar os detentos, preparando-os para retornar à sociedade e se tornarem produtivos, para que não reincidam em novos delitos. Contudo, não é isso que acontece na maioria das prisões.

Sabemos que a mulher no sistema prisional representa um perfil ainda novo dentro da realidade carcerária, ocupando um percentual aproximado de cinco por cento da massa carcerária brasileira, que é um número reduzido comparado ao dos homens. Poucos são os estudos realizados no sentido de compreender as motivações e as circunstâncias em que ocorreram os crimes praticados pelas mulheres (MISCIASCI, 2008).

O ambiente prisional contribui para a incidência de problemas de saúde entre os presos, entre eles está o estresse devido ao encarceramento, condições insalubres, celas superlotadas com presos em contato físico contínuo e abuso físico. (NEWTON, 2000). Para que haja uma assistência adequada, é necessário que exista dentro do presídio uma equipe multiprofissional e que entre ela haja um bom relacionamento sempre voltado a qualidade de assistência fornecida as pessoas. (OLIVEIRA, 2003).

Perspectiva de Vida da Mulher Presidiária

No confronto com o acúmulo de mulheres encarceradas pela Justiça e aprisionadas pelo abandono, é possível observar o grau de miserabilidade acerca da realidade, que engloba entre tantos, também a condição da maternidade nos cárceres, as visitas, tanto de familiares quanto a íntima e o objeto reabilitador.

A população carcerária, além de apresentar as características referidas, pode apresentar uma saúde mental mais suscetível ao agravamento e aumento de casos, decorrentes da vulnerabilidade que se encontra diante do ambiente carcerário. Segundo informações coletadas de artigos, a perspectiva de vida da mulher presidiária está relacionada à reestruturação familiar, já que elas sonham em voltar e recompensar o tempo. Devido ao tempo que estão em um estabelecimento de detenção, a população feminina carcerária, apresenta taxas de transtornos mentais três a quatro vezes maior do que a população em geral, onde os transtornos mais encontrados são depressão, abuso de substâncias psicoativas e transtorno de estresse pós-traumático. (MELLO, 2008).

Algumas presidiárias, no relato de Misciasci (2008), não imaginam o grau das dificuldades que irão enfrentar e se será fácil conseguirem trabalho para se reintegrar socialmente, outras não sabem nem para onde vão, pois perderam tudo, inclusive a família. Há mulheres que se apegam em uma religião para garantir em Deus um futuro longe das tentações materiais.

Ansiedade

A ansiedade não surge na vida das pessoas por uma escolha, acredita-se que vivências interpessoais e problemas na primeira infância possam ser importantes causas desses sintomas. No entanto, ela também faz parte da vida como meio de proteção diante de situações desagradáveis ou que possam gerar medo, insegurança, apreensão, por exemplo, frente a um assalto, incêndio, situações de avaliações, entre outras. O limite entre o normal e patológico nos quadros de ansiedade é definido pela intensidade dos sintomas (exagero), associado a relação do medo em situações não reais, neste caso considerando-se a ansiedade como transtorno mental.

As manifestações da ansiedade são inespecíficas e ocorrem de forma

semelhante em estados emocionais diversos como a ira, expectativa, medo, excitação ou mesmo após exercícios. Somente podemos saber se uma pessoa está ansiosa por dedução, ou questionamento e comparando sua resposta com nossa própria experiência e conceito de ansiedade. A situação de encarceramento pode gerar ansiedade, medo do futuro incerto, manifestações de tristeza em virtude da própria estrutura fechada por meio dos muros que isolam da sociedade.

Percurso Metodológico

A abordagem metodológica foi quali-quantitativa, do tipo descritivo-exploratória. O local foi um Presídio do Sul de Santa Catarina com capacidade para 350 detentos, que no momento da pesquisa abrigava 738 detentos (651 homens e 87 mulheres).

Como critério de inclusão foram selecionadas mulheres que estivessem há mais de um ano no local. De um total de 51 detentas, 22 concordaram em participar do estudo. O número de não participantes (29) chamou atenção e merece destaque para reflexão. Esta falta foi justificada por 07 mulheres que estavam trabalhando fora do presídio no período diurno, 01 estava hospitalizada e faleceu durante o período do estudo e 01 foi transferida para outro presídio. As demais (20), que não aceitaram participar da pesquisa, foi observado na maioria, queixas como o fato de estarem cansadas de serem entrevistadas e isso não trazer nenhum benefício para elas. Outras responderam simplesmente que não queriam e preferiam continuar em suas atividades. Diante do fato, agradecemos e respeitamos a decisão destas mulheres, apesar de entristecer um pouco por não atender expectativas iniciais desejadas pela pesquisadora.

Na entrevista foram abordados aspectos de saúde mental e perspectiva de vida da mulher presidiária. Para melhor atender os objetivos deste estudo, também foi aplicado teste sobre ansiedade por meio da *Escala de Hamilton*, que permite identificar manifestações de ansiedade e depressão no cotidiano.

No processo investigativo levaram-se em conta os aspectos de estrutura, o lado emocional das detentas, a escuta sobre sua história de vida e os motivos que levaram para a detenção. O período desta investigação foi entre os meses de abril e maio de 2010.

Apresentação e Discussão dos Dados

O perfil das entrevistadas é de uma população jovem, a maioria entre 20 a 35 anos (16 detentas), 05 mulheres entre 36 e 50 anos e apenas 01 acima de 50 anos. As respostas vêm de encontro com a pesquisa de Bastos (1997) ao citar que as mulheres aprisionadas possuem idades que variam entre 18 e 42 anos, representando um número muito significativo na população jovem do Brasil, pois é exatamente nessa idade que elas procuram algo que leva ao cárcere, seja por serem “*laranjas*”⁷⁴, por estarem precisando de dinheiro ou até mesmo por alguma decepção.

Quanto ao grau de escolaridade, apenas 02 dessas mulheres possuem o ensino médio completo, 01 possui o ensino superior incompleto. Entre as demais entrevistadas, 10 possuem o ensino médio incompleto e 10 com ensino fundamental incompleto. E sua procedência é do Sul do Estado, apenas 01 entrevistada é do Rio Grande do Sul. Entre as participantes, 54,55% (12) das mulheres são casadas e pelo seu relato, pode-se afirmar que a maioria não é casada legalmente, e muitas estão com seus companheiros também detidos, alguns pelo mesmo motivo que o das entrevistadas. De acordo com Guedes (2006), percebe-se que há uma aparente relação entre relacionamento conjugal e tipo de crime cometido pelas detentas. As mulheres casadas/amigadas e as separadas/divorciadas na maioria das vezes foram presas em função do relacionamento com seus companheiros. E as solteiras estão detidas principalmente por uso/tráfico de drogas.

Observa-se no grupo de entrevistadas que 90,91% (20) das mulheres possuem filhos menores que 18 anos, o que vem de encontro com a faixa etária jovem das participantes. O filho de quatro meses de uma das detentas entrevistadas permanecia no local conforme regimento interno, que ao completar um ano deveria ser encaminhado aos familiares sob guarda provisória.

Uma das maiores preocupações apresentadas pelas mulheres na pesquisa de Guedes (2006) foi a ausência de contato com os filhos, principalmente aquelas cujos filhos estão com parentes ou vizinhos, o que faz com que tenham poucas informações e visitas das crianças. Isso acarreta um sentimento de medo e culpa por terem “*abandonado*” os filhos em condições que fogem do seu controle.

⁷⁴ O Termo *laranja* no envolvimento com drogas ilícitas se refere as pessoas que são utilizadas pelos traficantes para transporte e venda da droga.

Conforme o autor, a relação entre a entrada no crime e a maternidade foi constatada nos relatos das mulheres. Na sua maioria, alegavam uma relação entre os delitos cometidos e a tentativa de assegurar aos filhos acesso ao conforto. O que confere com as informações da pesquisadora extraídas durante a realização do trabalho.

Trindade (1999) indica que as mulheres são defensoras de um modelo de maternidade inventada pelos homens, no qual são tanto opressoras quanto oprimidas. Nesse modelo de maternidade, construído a partir do conceito de “*instinto materno*”, as mulheres se sentem responsáveis pela total assistência aos filhos, o que inclui cuidados com a saúde física, emocional e moral das crianças, além de atenção ao processo educacional.

Quanto ao rendimento familiar, 59,09 % (13) das entrevistadas não possuem nenhuma fonte de renda e pelo fato de seus companheiros também estarem presos, expressa a dificuldade de manter um vínculo empregatício. Dentro do presídio, o que auxilia para um ganho financeiro são as atividades oferecidas que são remuneradas, onde elas têm a opção de escolha para utilizá-los em aquisições de uso pessoal ou adquiri-lo somente no final da pena.

Na tabela a seguir, os dados foram confirmados com o relato do administrador da Instituição, apresentando o motivo da maioria das detentas relacionado à drogas/trafego.

Tabela 1 - Motivo da detenção

Motivo da detenção	Número de Participantes % (n=22)
Drogas/trafego	90,91 (n=20)
Roubo	9,09 (n=02)

Fonte: Dados da pesquisa.

O consumo de drogas pode causar prejuízos permanentes para a saúde de uma pessoa ou até levar à morte, além de que quem consome pode também enfrentar responsabilidades criminais. Em Brasil (2006), a Lei 11.343 prevê entre os Artigos 33 a 37 os crimes relacionados a drogas ilícitas, que conforme os delitos a pena pode variar de 01 a 20 anos. E quanto ao roubo, a Lei n.º 848 do Código Penal prevê nos Artigos 157 e 158 os crimes relacionados a roubo e extorsão, que a pena varia de 04 a 30 anos, dependendo do delito cometido.

A experiência de Oliveira et al (2008) com presidiárias do Rio de Janeiro também comprovou o delito tráfico de drogas como predominante e a idade jovem destas mulheres, entre 18 e 30 anos, além da baixa escolaridade. As autoras reforçam que o motivo do delito relacionado ao tráfico justifica seu envolvimento, alegando necessidades materiais, mas não raro as detentas retificam seu discurso admitindo que foram motivadas pelo *dinheiro fácil*, por ampliar suas possibilidades de consumo.

O tempo de pena destaca 72,73% das entrevistadas condenadas a cumprir mais de 05 anos, destacando as duas maiores que foram de 14 e 22 anos. Duas participantes foram detidas por roubo, o que explica a pena maior de 20 anos.

Tabela 2 - Tempo de detenção

Tempo de pena	Número de Participantes % (n=22)
01 a 05 anos	27,27 (n=06)
Acima de 05 anos	72,73 (n=16)

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme observação e informações internas dos profissionais na Instituição o cumprimento de pena da maioria é reduzido 1/3 do tempo de detenção com atenção para o comportamento das detentas.

Ao serem questionadas sobre detenção anterior, 50% das entrevistadas informaram antecedentes de reclusão e destas, 45,45% já estiveram presas de 01 a 03 vezes, com destaque de uma que já esteve por 06 vezes. As outras 50% das mulheres estão detidas pela primeira vez e relataram que não querem voltar nunca mais para a prisão.

O percentual de 50% das participantes, que estão presas pela primeira vez é significativo devido à faixa etária destas mulheres, que é jovem e requer uma atenção maior voltada para a reabilitação social, promovendo a inserção social e evitando a reincidência. Frinhani e Souza (2005), em seu estudo comentam que, antigamente as mulheres eram presas devido à prostituição, aborto e adultério e atualmente os crimes estão associados à figura masculina, porém, isso não diminui sua responsabilidade pelo envolvimento no crime.

A autonomia conquistada pelas mulheres no espaço social ao mesmo tempo, que ampliou possibilidades de trabalho e ocupação privilegiada/respeitada, em contrapartida também favoreceu sua igualdade no envolvimento em crimes.

Para conhecer a realidade vivenciada por estas mulheres no cárcere, foram questionadas sobre seus sentimentos e apreensões no presídio, que apresentamos no quadro a seguir. Respeitando preceitos éticos, são usados codinomes de flores para apresentar as mulheres pesquisadas.

Quadro 1 - Sentimentos/apreensões em relação ao fato de estar presa

Participantes (n=22)	Sentimentos e apreensões	%
Azálea, Begônia, Brinco de princesa, Copo de Leite	Saudade da família, abandono, vergonha.	18,18 (n=04)
Copo de Leite, Crisântemo, Flor de Lis, Girassol, Gardênia, Íris Branco	Tristeza, angustia, agonia.	27,27 (n=06)
Cravo, Gardênia, Jasmim, Lírio, Orquídea, Sempre Viva	Raiva, ruim, não tem como explicar.	27,27 (n=06)
Dália, Hortênsia, Lisianto, Margarida, Violeta	Sentimento de perda, ansiedade, arrependimento.	22,73 (n=05)
Rosa	Sentimento de injustiça	4,55 (n=01)
Tulipa	Medo de sair	4,55 (n=01)
Gérbera	Nada	4,55 (n=01)

Fonte: Dados da pesquisa

No quadro 1 houve uma variedade de sentimentos expressados pelas participantes. Podemos ressaltar algumas das falas:

Fico triste, angustiada, com bastante saudade e tudo isso me deixa nervosa... quando estou assim não quero que ninguém chegue perto (Copo de Leite).

Sinto raiva de tudo um pouco, mas por outro lado, às vezes aqui é bom, porque deixei das drogas (Cravo).

*Ansiedade de ir embora, não vejo a hora de isso acontecer" (Lisianto).
Medo de sair, porque sempre terá um EX na frente do meu nome" (Tulipa).*

Os diversos sentimentos relatados pelas detentas apontam para as mudanças provocadas pelo encarceramento, que provoca como foram citados por elas, a distância familiar, perdas e desânimo frente à situação de estar sem

liberdade. Alguns destes sentimentos já eram esperados, como a *saudade*, *abandono*, *tristeza* e *perda*. Entre tantos, chamou atenção a fala de *Tulipa*, sobre a questão da discriminação ou rotulação social. Segundo relato desta mulher, estar ali dentro da prisão de certa forma é bom, pois assim ela não precisa enfrentar as dificuldades sociais e os olhares “tortos” da população em relação ao fato de ser uma ex-detenta. Comentou também que sabe que isso irá acontecer uma hora ou outra, mas enquanto isso prefere se preparar para quando a hora chegar.

O termo rotulação está atrelado à exclusão social, que gera perdas, seja de identidade social, emprego, família e outros. Podemos destacar esta vivência do cárcere, segundo Oliveira et al (2008, p.3):

A experiência de confinamento penal e de isolamento nas celas revela-se particularmente dramática para as mulheres, sendo mais freqüentes as queixas de solidão, tristeza, abandono e revolta. As situações de isolamento em decorrência de sanções disciplinares são vividas de forma diferente no caso dos homens.

Outra resposta importante foi a de Gérbera, que estando há mais de um ano detenta, relatou simplesmente a palavra “nada” para este questionamento. É surpresa para a pesquisadora tal resposta, no entanto, devemos reconhecer que as pessoas respondem diferentemente ao processo de adaptação a mudança do meio. O fato de estar reclusa, para esta mulher, que também possui familiares na mesma condição pode justificar sua manifestação. Surgem alguns questionamentos: o que leva esta detenta a não expressar nenhum sentimento em relação ao cárcere frente a uma situação tão difícil? Seria a falta de esperança de vida? Ou conformismo por estar com familiares também detidos? Nem todas as pessoas manifestam abertamente seus sentimentos, ainda mais diante de desconhecidos.

Sobre o relacionamento familiar, 63,64% (14) das entrevistadas afirmaram que houve mudanças; citando que a família não aceita o fato delas estarem detidas, pois muitos não sabiam do seu envolvimento com algo que poderia levá-las a prisão.

Percebemos também que a relação mãe-filho é destruída de forma desumana, muitas vezes sem uma justificativa em relação à ausência da mãe. O filho fica sem resposta, entregue a familiares ou vizinhos, passando assim por uma experiência de abandono.

As respostas vêm de encontro com o artigo de Oliveira et al (2008), onde as internas relatam ser muito doloroso o cumprimento da pena sem interação com

os filhos e familiares, sem notícias ou visitas e, devido a estes distanciamentos, a perspectiva de retorno ao convívio em sociedade torna-se debilitada. Uma parte das mulheres relatou que o convívio com a família adquiriu mais valor após a sua prisão, pois a experiência “do sofrimento no cárcere” ajudou a perceber o quanto o apoio familiar é importante. E afirmam também que os familiares servem como uma ponte para o mundo externo.

O encontro com a família pode ser proporcionado através das visitas semanais permitidas no local. As entrevistadas que não recebem visitas, relatam que é devido aos filhos serem menores de idade, dificultando sua entrada no presídio e também porque os familiares que cuidam deles não querem trazê-los. Algumas relataram que a família passou a ignorá-las desde que estão presas; outras informaram que a família mora distante e não tem dinheiro para o transporte. Algumas dessas detentas realizam visitas a familiares na ala masculina, destacando-se duas que só possuem contato com familiar preso.

Na instituição todas as detentas são orientadas a participar de atividades oferecidas, que permitem além da ocupação, a geração de renda. Apenas uma delas não realiza nenhuma atividade, tendo como justificativa um atestado médico.

As atividades mais realizadas por elas dentro da Ala Feminina são: *Grampo* (10 mulheres), através da montagem de grampos de roupas; *patchwork* (10 mulheres), que é um projeto da justiça federal, com a realização de trabalhos manuais utilizando tecidos que resultam em brinquedos e peças ornamentais/enfeites.

As outras atividades realizadas pelas entrevistadas são: auxiliar de dentista (02 mulheres), limpeza (01 mulher), zíper (01 mulher), etiquetas (04 mulheres), sapato (04 mulheres), Projeto X⁷⁵ (01 mulher), computação (03 mulheres).

Destas atividades, o sapato, o grampo, o zíper, a etiqueta são trabalhos terceirizados, que empresas externas trazem para elas confeccionarem, servindo de fonte adicional de renda e também de remissão de pena, pois a cada 03 dias trabalhados (completando 08 horas por dia), diminui 01 dia de sua pena.

O projeto X é desenvolvido externamente, oportunizando a saída das

⁷⁵ Refere-se a projeto desenvolvido por uma ONG com as mulheres do presídio, que estão próximas a sair em liberdade (6 meses a 1 ano) e outros critérios de comportamento, que permitem seu deslocamento até o local sem escolta ou algemas.

mulheres para um sítio, onde são realizadas atividades de relaxamento e reflexão da vida. Participam poucas mulheres, devido à necessidade de liberação depender de aprovação judicial. A participante comentou com entusiasmo sobre o projeto, relatando que o local permite maior liberdade de expressão, além do contato com o mundo fora do presídio.

Ao perguntar para as entrevistadas se essas atividades irão lhe ajudar no mercado de trabalho fora do presídio, 09 falaram que não e 13 afirmaram que sim, e concluíram ainda que apenas duas atividades poderão ajudar no mercado de trabalho: patchwork e limpeza, esta infelizmente, nem a metade delas podem participar, pois precisam estar em sistema prisional semi-aberto e autorização judicial.

O objetivo das atividades realizadas no presídio é fundamentalmente a reabilitação social e é semelhante na literatura, quanto ao tipo de atividades existentes no sistema prisional bem como as estratégias utilizadas pelas detentas para suportar o encarceramento.

Segundo Misciasci (2009), é importante a realização de projetos sociais e culturais, com apoio também de entidades religiosas, no sentido de incentivar o trabalho, a educação e capacitação dessas mulheres em cárcere. Essas realizações provocam mudanças benéficas, que comprovadamente contribuem de forma positiva para a reinserção social e o fim da reincidência, no entanto, não podem permitir que mais mulheres ingressem no mundo do crime, nem que retornem ao cárcere por novo delito.

Ao serem abordadas sobre as dificuldades que encontram no momento, pelo fato de estarem presas, 18,15% (04) afirmaram não ter dificuldades; 22,73% (05) citaram a ausência da família, saudade, falta de auxílio e de visitas e outras 22,73% (05) comentaram a dificuldade de relacionamento no local. Outras dificuldades que surgiram em suas falas: falta de liberdade, ansiedade, angústia e o fato de ter familiares também detentos no local.

Tenho muita dificuldade com a minha filha que esta lá fora, pois necessito trabalhar aqui dentro para mantê-la (Begônia).

Me sinto um pouco perdida agora, pois estive cinco dias fora do presídio e voltei hoje, então tenho que me readaptar com a convivência (Rosa).

Me sinto muito ansiosa, pois estou esperando o resultado para eu poder ir para o semi aberto, mais não veio ainda (Tulipa).

Tenho bastante dificuldade com relacionamento aqui dentro, por isso prefiro ficar quieta (Sempre viva).

É que as vezes esperamos uma bolsa de alimento dos familiares, daí vejo quase todas receber suas coisas e percebo que não tenho auxílio da minha família (Crisântemo).

A convivência, os relacionamentos são inerentes ao ser humano, sendo espaço de troca de experiências, expressão de sentimentos, sejam manifestações positivas ou negativas. Podem oportunizar conforto, apoio, ou ao contrário, provocar baixa auto-estima, manifestações de tristeza, solidão e abandono, como é para muitas destas mulheres pelo fato de estar em cárcere.

O ambiente prisional procura estabelecer a disciplina e ordem entre os presos, e sob vigilância esperam manter a convivência sem tumultos. Este sistema de vigilância interno é aplicado para as 87 mulheres, que convivem diariamente no espaço. As interações ou relações de amizade acontecem dependendo da disposição apresentada, algumas possuem maior facilidade de se comunicar e buscam relacionamentos, outras preferem se isolar, afastar.

No que diz respeito ao relacionamento com as carcereiras, 50% das entrevistadas elogiam, 31,81% dizem ser normal e 13,64% apenas respeitam. Ressaltamos uma fala (4,55%), que comenta a necessidade de respeito e disciplina no local:

É diferente, pois no outro presídio que eu estava não tínhamos contato direto com as carcereiras, já neste é aberto e por isso temos que andar no miudinho (Begônia).

Durante a pesquisa, as entrevistadas foram questionadas sobre o que fazem para suportar o cárcere, surgindo temas voltados para o lazer, trabalho, família, espiritualidade e comunicação/relacionamentos. Percebemos a evidência para o tema família, citando os filhos como principal recurso para suportar o tempo de cárcere. Destaca-se apenas uma entrevistada que respondeu não fazer nada. Em outro momento quando questionada sobre as dificuldades, esta também relatou ter dificuldades em relação a seus familiares.

Quadro 2 - Estratégias das detentas para suportar o cárcere.

Participantes (n=22)	O que faz para suportar o cárcere	(%)
Margarida	Nada	4,55 (n=01)
Girassol	Não sabe, distração	4,55 (n=01)
Dália	Fica mais isolada e chora quando precisa	4,55 (n=01)
Azálea , Lisianto, Tulipa, Crisântemo, Íris Branco, Gardênia	Ocupa-se com atividades internas (trabalho, atividades manuais, televisão)	27,27 (n=06)
Brinco de Princesa, Copo de Leite, Hortênsia, Jasmim, Begônia, Rosa	Filhos (saudade, pensar neles, saber que estão esperando, cuidar da filha que está junto)	27,27 (n=06)
Flor de Lis	Família e cursos	4,55 (n=01)
Cravo, Sempre Viva	Oração e leitura da bíblia	9,09 (n=02)
Gérbera, Lírio, Violeta	Tenta ocupar a cabeça	13,62(n=03)
Orquídea	Conversa com as agentes, desabafa e com Deus	4,55 (n=01)
Total		100

Fonte: Dados da pesquisa

O vínculo natural entre a mãe e filho é algo que não se rompe por meio da separação, mesmo distante o elo permanece. Lima (2005) utilizando-se do referencial de Erich Fromm cita que para satisfazer as necessidades humanas de integridade e individualidade é preciso amor. Este sentimento pode ser demonstrado por meio da solidariedade humana, amor materno, amor próprio e relacionamentos de união.

As relações estabelecidas no cárcere e atividades desenvolvidas permitem desta forma transformar ou amenizar situações desagradáveis, e enfrentar o cotidiano. A fala “ocupar a mente” foi citada por várias entrevistadas, visando o esquecimento de algo que precisam passar.

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre críticas e/ou sugestões à estrutura do presídio, 63,62 % responderam que estava bom, não havia críticas, nem sugestões. Apesar de todas terem sido informadas sobre o sigilo de informações, pode haver o receio de apresentar queixas em relação ao meio em que estão inseridas e em constante vigilância. As poucas que registraram algum item para melhoria no local apontaram para necessidades de acolhimento e bem estar, como o banheiro, o alojamento para não fumantes e a mudança de horário (referindo-se a entrada para as celas muito cedo, que acontece às 17h30min). A

partir deste horário as detentas não podem mais sair do seu quarto, até o dia seguinte.

O item relacionamento também foi citado por duas detentas, ao comentarem que deveria haver mais união. E quando aparece a fala de Copo de Leite sobre a separação das internas por tipo de regime prisional, reforça a questão do relacionamento entre elas. Abaixo a descrição de algumas falas:

É normal, vivo no meu canto... Mas acho que deveria ser separado as que estão no semi-aberto das que não estão, pois sempre tem uma que puxa o teu tapete para você sair do semi aberto também (Copo de leite).

Deveria ter mais união entre nós detentas, pois assim poderíamos ter mais regalia, e quem sabe, ate uma estrutura melhor (Dália).

Deixa quieta, prefiro não comentar (Brinco de princesa).

Assim, as coisas aqui são boas, o ruim é que alguns produtos não podem entrar aqui, como por exemplo, hidratante de pele (Cravo).

Ao final foram abordadas sobre sua expectativa de vida frente à situação prisional. As respostas foram variadas, sobre possibilidade de voltar ao mercado de trabalho; cuidar dos filhos/família; evitar novos delitos e prisão; mudar de vida. A busca por trabalho foi citada por 77,27%, significando desejo de reestruturarem sua vida e a família presente em quase todas as falas, reforçou a necessidade desta base para suportar o cárcere e para sua reabilitação.

A escala de ansiedade de Hamilton, que foi aplicada nas entrevistadas, apresenta 14 itens (questionamentos sobre presença de sintomas/manifestações), que são divididos em: sintomas de humor ansioso e sintomas físicos de ansiedade. O valor atribuído para cada item varia conforme a presença e intensidade dos sintomas: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3 e Máximo = 4. Sua análise é feita por meio da soma dos escores, possibilitando avaliar o grau de ansiedade de cada indivíduo a partir das respostas.

Tabela 3 - Avaliação da Ansiedade segundo Escala de Hamilton

Grau de Ansiedade	Valor % (n=22)
Leve (0 a 14)	45,45 (n=10)
Médio (15 a 28)	50 (n=11)
Forte (29 a 42)	4,55 (n=01)

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 03, apenas uma entrevistada apresentou grau forte de ansiedade, as demais 95,45% ficaram entre o grau leve e médio. A avaliação deste quadro está em conformidade com as respostas anteriores, manifestado em sentimentos e apreensões, além do olhar enquanto pesquisadora no cenário estudado.

Lima (2005, p.128) ressalta a necessidade de atenção à população carcerária feminina:

É preciso atentar para essa população feminina diante da situação vivenciada durante o confinamento, onde se exacerbam os problemas de saúde. Atividades educativas, práticas cognitivas, dinâmicas, terapias ocupacionais, oficinas de arte, assistência médica, farmacêutica e psicológica, dentre outros, são exemplos de atividades e ações que deveriam ser desenvolvidas dentro do ambiente carcerário a fim de promover o bem estar físico e mental dessas mulheres.

A assistência à saúde das mulheres detentas precisa de atenção não só nas situações em que há manifestações severas de ansiedade, mas também como prevenção destas manifestações, tendo em vista a situação de privação de liberdade, estimulando a prevenção da ansiedade e outras alterações relacionadas à saúde mental. Assim, concordamos com Lima (2005) sobre a necessidade de planejar e desenvolver cada vez mais atividades/estratégias que possam promover a saúde geral das detentas. Em conformidade ao atendimento das necessidades humanas básicas, é preciso respeitar os direitos humanos, mais especificamente os sociais.

De que forma e quem é o responsável por atender estas necessidades é um questionamento que deve ser feito. Normalmente atribui-se a responsabilidade aos representantes governamentais, pelo poder instituído. No entanto, como a população e os profissionais de saúde participam deste cenário? Mesmo que pareça distante, a população carcerária faz parte do contexto social, sua permanência no espaço prisional é muito variável e todo indivíduo que chega à prisão, deixa na comunidade outras pessoas, com vínculos mais ou menos afetivos.

No cárcere, o acesso à saúde fica limitado, já que sua liberdade está restrita e as prisões estão sob custódia do Estado, cabendo a este, oferecer condições de saúde que respeitem o direito à cidadania.

As manifestações de ansiedade geralmente estão relacionadas ao ambiente e situação vivenciada pelas detentas, seja pela privação de liberdade, afastamento dos familiares, o tempo de espera e cumprimento da pena e o medo, a incerteza do futuro. Acreditamos que o desenvolvimento de diversos programas ou atividades no interior do presídio, são alternativas para prevenir e aliviar a ansiedade, desde que sejam voltadas para o desenvolvimento de habilidades manuais e ofereçam além de espaço para interação social, uma oportunidade de geração de renda para o futuro. Além das atividades, as detentas como qualquer mulher necessitam de assistência de saúde, e para que isso aconteça são necessárias parcerias com os serviços e/ou instituições de saúde.

Assim como o crime pode ter sido motivado inicialmente pelo interesse de estabelecer melhor padrão de vida e inclusão social; é primordial criar estratégias que favoreçam a recuperação/ressocialização e evitem o ciclo de violência/crime/exclusão social.

CONCLUSÃO

O contato com o presídio e com as mulheres detentas fez perceber que era totalmente diferente do que imaginário. A primeira vista, o sentimento de medo, percebemos que elas estavam se sentindo um pouco invadidas no contexto.

A permanência no presídio para realização do estudo foi de extrema importância, servindo não somente como experiência para a vida acadêmica, mas também profissional, com atenção a sua saúde mental, através da história de vida destas mulheres.

Dentre os resultados mais importantes desse trabalho, podemos destacar a necessidade que essas mulheres têm em relação a um profissional da saúde dentro do presídio, o desejo de reestruturação familiar e de reinserção no trabalho.

Podemos afirmar que os pressupostos levantados no início deste estudo foram todos confirmados, pois existe sim desestruturação familiar, existe restrição no campo de trabalho para estas mulheres apesar de o presídio oferecer suporte de reinserção, o ambiente do presídio, a falta de visitas causam um desequilíbrio em sua vida. E todas as participantes possuem ansiedade num grau que vai de leve a forte, segundo a escala de Hamilton.

O resultado deste trabalho vem possibilitar a reflexão sobre as

perspectivas de vida destas detentas, entre seus comentários de falta de investimentos ou retorno interno de pesquisas e na formação de uma política de atenção voltada para sua saúde. Uma sugestão para trabalhos futuros está na educação continuada para estas mulheres.

Considerando que o grande desafio existente para a enfermagem e seus acadêmicos ao realizarem o trabalho proposto, é a necessidade de levar o aprendizado adquirido do estudo para a vida profissional, propomos ir além do conhecimento, pela superação de si mesmo, não esquecendo dos aspectos éticos e da base teórica da profissão.

Os resultados apresentados e discutidos no referido trabalho foram encaminhados ao Diretor da instituição e ao Secretário de Saúde Municipal, a fim de que fosse avaliada como proposta, a implantação de uma Unidade de saúde e/ou equipe nas dependências do presídio, exclusivamente para os detentos, pois a população carcerária é grande o bastante para tal proposta. Afinal, são seres humanos, com direito a saúde como qualquer outra pessoa, independente do crime cometido.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 2006. **Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em 22.mai.2010.

FERNANDES, N. A falência do sistema prisional brasileiro. São Paulo: RG, 2000. 519 p.

FRINHANI, F. M. D. **Mulheres Aprisionadas: Representando o Universo Prisional**. Dissertação de mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória ES, 2004, 146f.

GUEDES, Marcela Ataíde. **Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino**. *Psicol. cienc. prof.*, dez. 2006, vol.26, no.4, p.558-569. ISSN 1414-9893.

LIMA, Gigliola Marcos B. de. Mulheres presidiárias: **Sobreviventes de um mundo de sofrimento, dessassistência e privações**. Dissertação de mestrado. João Pessoa, 2005.

Disponível em: www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=156587. Acesso em 29 mai.2010.

MELLO, Daniela Canazaro de. **Quem são as mulheres encarceradas?** Porto Alegre, 2008. 120 f.

MISCIASCI, Elizabeth. **Reabilitação nas Penitenciárias Femininas.**

Disponível em: http://www.eunanet.net/beth/penitenciaria_feminina3.php Acesso em 08 maio 2010.

MISCIASCI, E. Inibir a Miserabilidade Real e Sem Oportunidades das Encarceradas, Requer Urgentes Políticas. São Paulo, 2008. Disponível em:

<http://www.eunanet.net/beth/encarceradas.php> Acesso em 10 dez 2009.

OLIVEIRA et al. Do outro lado dos muros: Reflexões a partir da atuação do psicólogo em unidades prisionais femininas. Relato de Experiência em Congresso Nacional de Segurança Pública. Maceió, 2008.

Disponível em: <http://www.gepsojur.org/anais-connasp/eixos/GSC-10.pdf>. Acesso em 20 mai 2010.

TRINDADE, Z. A., **Concepções Arcaicas de Maternidade e Paternidade e seus Reflexos na Prática Profissional.** Interfaces, Salvador, 1999. p. 33-40.

SAÚDE SUPLEMENTAR E A RECUSA DE COBERTURA DENTRO DO PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL NOS CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA: BREVE ESTUDO À LUZ DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ

Tailine Fátima Hijaz

Acadêmica do Curso de Direito da UNESC. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da UNESC (LADSSC). E-mail: tailinehijaz@hotmail.com.

Henrique Furlanetto V. Miranda

Acadêmico do Curso de Direito da UNESC. E-mail: henriquefmiranda@hotmail.com.

Danielle Daminelli Zanatta

Acadêmica do Curso de Direito da UNESC. Pesquisadora bolsista de Iniciação Científica na UNESC. E-mail: daniellezanatta@hotmail.com.

Maria Anselma Mariott Colombo

Acadêmica do Curso de Direito da UNESC. E-mail: mamariotcolombo@hotmail.com.

RESUMO

A pesquisa cinge-se ao estudo da polêmica questão da recusa de cobertura pelas agências de saúde suplementar dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência ou emergência, mediante análise da jurisprudência do STJ. Para isso, primeiro analisa o direito à saúde no texto constitucional e na legislação pertinente à matéria, tendo em vista os sistemas público e privado. Posteriormente, traça aspectos gerais acerca dos planos de saúde, como tipos de planos, formas de contratação e abrangência geográfica. Por fim, para atender ao objetivo principal acima aventado, colaciona alguns julgados do Superior Tribunal de Justiça e tece sucintas considerações sobre cada um. Ao final da pesquisa concluiu-se que a maioria dos julgados do STJ considera abusivas as cláusulas que restringem os direitos dos consumidores com relação à cobertura para este tipo de atendimento, considerando ilegítima a recusa de autorização do serviço quando comprovada a urgência ou emergência inesperada e o risco para o paciente.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Carência Contratual; Urgência; Emergência; Superior Tribunal de Justiça.

ABSTRACT

The research confines it self to the study of the controversial issue of denial of coverage for supplementary health agencies within the contractual grace period in cases of urgency or emergency, upon review of the jurisprudence of the STJ. To do this, first analyzes the right to health in the Constitution and laws concerning this matter, in view of the public and private systems. Later, he draws on general aspects of health plans such as types of plans, forms of contracting and geographic coverage. Finally, to meet the main goal hypothesized above, colaciones tried some of the Superior Court of Justice and weaves brief considerations about each one. At the end of the study concluded that the majority of justices of the STJ considers abusive clauses that restrict consumers rights with respect to coverage for this type of treatment, and unlawful refusal to authorize the service account when the unexpected and urgent or emergency risk to the patient.

Keywords: Health Supplementary; Contractual Grace Period; Urgency; Emergency Superior Court of Justice.

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que o atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado essencialmente na Constituição Federal de 1988 (doravante CRFB/88). Com efeito, é com a CRFB/88 que pioneiramente a saúde é tida por direito de todos, cabendo ao Estado, por meio de políticas públicas em geral, cuidar da assistência pública de saúde e da efetiva prestação de assistência médica e hospitalar.

Porém, analisando o texto constitucional em vigor, vê-se que além desse sistema público de saúde, há também um setor tido por complementar, que fora expressamente reconhecido pela CRFB/88, mas que também deve seguir as diretrizes do sistema público, dado a relevância da prestação desse serviço.

Em que pese tal setor complementar ter as suas atividades fortemente regulamentadas atualmente, sobretudo pela Lei 9.656/98, e pela Lei 9161/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), muitos dos planos privados de saúde continuam estabelecendo, por meio de suas cláusulas contratuais, uma série de limitações de cobertura, afora o fato da dificuldade de entendimento por parte dos consumidores do que estaria efetivamente sendo comprado quando estes adquirem um plano de saúde.

Diante da situação brevemente exposta, o presente artigo tem como objetivo realizar um breve estudo sobre a saúde suplementar e a recusa de

cobertura, dentro do prazo de carência contratual, nos casos de urgência ou emergência, à luz da jurisprudência do STJ.

Para tanto, este estudo encontra-se dividido em três partes: primeiramente busca-se se discorrer a respeito do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, explicitando as principais diferenças entre o sistema público e privado de saúde. A segunda parte tratará de aspectos gerais acerca dos planos de saúde. Já a terceira parte apresentará um estudo à luz da jurisprudência do STJ acerca da recusa de cobertura dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência ou emergência.

Registre-se que neste trabalho foi utilizado o método dedutivo teórico, por meio de pesquisa documental (legal e bibliográfica), compreendendo a pesquisa qualitativa. Na pesquisa bibliográfica utilizou-se de livros e dados jurisprudenciais do STJ que versam sobre o tema, os quais forneceram as bases teóricas para o trabalho.

O Direito à Saúde no Ordenamento Jurídico Brasileiro: Sistemas Público e Privado

O atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado na Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos, cabendo ao Estado “cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas” (PIETROBON, *et al*, 2008, p. internet). Conforme Alves *et al* (2009), o sistema de saúde brasileiro é formado por uma combinação do público e privado, sendo composto por três sub-setores:

- 1º) O público, com serviços financiados e prestados pelo Estado;
- 2º) O privado (lucrativo e não lucrativo), financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos e privados;
- 3º) O de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras (em geral, de forma parcial) com diferentes níveis de preços e subsídios (ALVES, *et al*.2009).

Examinando o texto da CRFB/88, verifica-se, inicialmente, que o direito à saúde encontra-se previsto no art. 6º, de forma genérica, ao lado dos demais direitos

sociais. O constituinte originário ainda optou por reservar uma seção específica sobre a matéria nos art. 196 a 200. O art. 196 estabelece que a saúde

[...] é direito de todos e **dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (grifo nosso) (BRASIL, 2010-a) (grifo nosso).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve o seu texto final incluído nos debates do Congresso Constituinte de 1987/1988⁷⁶, ostentou importância fundamental para a criação de um sistema público de saúde no Brasil. Esse movimento social reconhecido constitucionalmente originou o Sistema Único de Saúde (SUS) (BARROSO, 2009; COHN, 2009, p. 1615, DELDUQUE; OLIVEIRA, 2009, p. 106). Na CRFB/88 o Sistema Único de Saúde é assim caracterizado:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

[...]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2010-a).

Dois anos após da promulgação da CRFB/88, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – a

⁷⁶ Em consonância com o exposto por Vieira (2010), esta pesquisa adota a nomenclatura “Congresso Constituinte”, vez que não houve a convocação exclusiva de uma Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da CRFB/88, mas somente a concessão de poderes constituintes ao Congresso Nacional.

qual, segundo seu primeiro artigo, pretende regular “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL, 2010-b). A lei ainda estabelece a estrutura e o modelo de organização e atuação do SUS, isto é, um organograma institucional que tem como uma das suas principais atribuições a “formulação da política de medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (art. 6º, VI). Já o artigo 2º do mencionado dispositivo normativo, ratificando o entendimento da CRFB/88 acerca da matéria, expressa que: “art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2010-b).

Ao lado desse sistema público de saúde, há também um setor tido por complementar, que fora expressamente reconhecido pela CRFB/88, mas que também deve seguir as diretrizes do sistema único de saúde anteriormente expostas. Figueiredo (2006, p. 119) acrescenta, no mesmo sentido, que “além dos serviços públicos de saúde que todos têm garantido (art. 196 da CF), aqueles que quiserem tratamento diferenciado dos postos à disposição pelo Estado podem contratá-lo com os particulares (art. 199 da CF)”. Confirma-se o último dispositivo constitucional citado pelo autor:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2010-a).

De forma sistematizada, Mascarenhas assim caracteriza as diferenças entre os dois sistemas (2007, p. 39):

Quadro 2.1 | SUS e Sistema Supletivo: Diferenças entre os Sistemas

	SUS	Sistema Supletivo
Financiamento	Público	Privado e público – pontos de intersecção – renúncia fiscal, filantropia e outros.
Atendimento (atenção básica)	Territorializado	Conforme rede contratada – podendo chegar a nacional
Acesso	Universal	Condicionado à contratação (individual ou coletiva)
Acessibilidade (disponibilidade)	Tempo longo de espera para consultas, exames e procedimentos.	Atendimento distribuído entre a rede credenciada, pode permitir agilização do atendimento (não emergencial).
Cobertura	Integral	Limitada ao rol de procedimentos fixado pela ANS
Focalização	Foco em gestantes, hipertensos e diabéticos.	Não tem programas específicos, oferecendo programas de prevenção e promoção para crônicos – foco em redução de custos
Abrangência	184,2 milhões de habitantes	36,9 milhões de beneficiários
Atendimento na rede pública		Ressarcimento ao SUS

Fonte: Elaboração própria (2006)

Conforme Pietrobon, *et al* (2008, p. internet):

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público. Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público – neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços.

A literatura especializada indica que, de início, o crescimento dos planos privados de saúde ocorreu à margem de um regramento formal, com limitações de cobertura e dificuldades de entendimento por parte dos consumidores do que estaria efetivamente sendo comprado quando estes adquiriam um plano de saúde (NUNES, 2009, p. 5344).

Assim, a norma utilizada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre usuários e operadores era o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Com isso, ocorreu um aumento de pressão exercida sobre o Estado por parte dos usuários dos planos de saúde e das associações de defesa dos consumidores, para que fosse exercida uma efetiva fiscalização sobre esse mercado (ALVES, *et al*, 2009, p. 285; NUNES, 2009, p. 5344-5345).

Com o tempo, essas limitações foram sendo questionadas, gerando ações judiciais e reação do Legislativo através de projetos de lei para a

regulamentação desse mercado. Após longo tempo de tramitação no Legislativo, em 1988 foi aprovada a Lei 9.656, modificada logo a seguir pela Medida Provisória 1665, de 1998, disciplinando as condições para operação de planos de saúde no Brasil (MASCARENHAS, 2007, p. 1).

Além disso, a Lei 9161, de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora do setor de saúde suplementar. Em poucas palavras, pode-se dizer que a ANS visa defender o interesse público no que se refere à assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2011-b).

O art. 4, da Resolução nº 1, da ANS, estabelece uma série de competências para essa agência, dentre elas (BRASIL, 2011-b):

- a. propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- b. estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- c. estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- d. expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- e. proceder à integração de informações com os bancos de dados do SUS;
- f. requisitar o fornecimento de quaisquer informações das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciados.

Aspectos Gerais acerca dos Planos de Saúde

Figueiredo (2006, p. 183) conceitua plano de saúde como o pacto celebrado entre a entidade e o beneficiário, no qual este se obriga ao pagamento de contraprestação pecuniária e periódica, ao passo que aquele se obriga a disponibilizar atendimento em rede médica específica, bem como a arcar com o ônus financeiro, tão-somente, nas hipóteses em que ocorram eventuais enfermidades contratualmente cobertas.

Conforme o artigo 1º, inciso II da Lei 9656/98, o mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta diversas formas de constituição de empresas e entidades, as quais podem atuar nas atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde (BRASIL, 2011-a). Segundo o *caput* desse mesmo artigo 1º, “Plano privado de Assistência à Saúde é a prestação continuada

de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde [...]” (BRASIL, 2011-a).

Nesse sentido, percebe-se que essa lei definiu, também, as características essenciais dos planos de saúde, os quais servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados, como os tipos de planos, as formas de contratação, a abrangência geográfica, dentre outras.

Os planos de saúde podem ser contratados por pessoas físicas ou por pessoas jurídicas. Em apertada síntese, os planos contratados por pessoas físicas são os planos individuais ou familiares (FIGUEIREDO, 2006, p. 186) e também aqueles operados por entidades de autogestão não patrocinadas, integralmente financiados pela contraprestação dos seus beneficiários (Art. 16º, VII, Lei, 9656/98). No caso do plano individual ou familiar, é assinado um contrato entre o indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar). Os planos contratados por pessoas jurídicas são denominados planos coletivos e são também conhecidos como planos de saúde de empresas, ou, planos próprios de empresas (FIGUEIREDO, 2006, p. 186-187).

A legislação estabelece dois tipos de cobertura que um plano de saúde pode oferecer. São elas: a cobertura integral do plano-referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico). A cobertura geográfica, ou seja, as localidades em que o beneficiário poderá ser atendido devem ser especificadas no contrato. Tal cobertura pode alcançar um Município (cobertura municipal), um conjunto de Municípios, um Estado (cobertura estadual), um conjunto de Estados ou todo o país (cobertura nacional). Existem alguns planos que oferecem também a cobertura internacional (BRASIL, 2011).

Em resumo, a Lei 9.656/98, juntamente com resoluções e decretos, regula o setor de planos de saúde, buscando um equilíbrio entre beneficiários e operadoras de plano de saúde. Com isso, determinaram-se os padrões de cobertura, conceituou-se de maneira objetiva as doenças pré-existentes e proibiram-se limites à quantidade de procedimentos e períodos de internação, dentre outras medidas (MESQUITA, 2002).

Nos planos de saúde o prazo de carência é o período, previsto em contrato, entre a assinatura do contrato e a efetiva possibilidade de uso dos serviços pelo segurado. Nesse intervalo, o consumidor paga as mensalidades, mas não tem direito de usufruir de todos os benefícios contratados junto ao plano de saúde (FIGUEIREDO, 2006, p. 215). Em síntese, os prazos máximos de carências permitidos por lei são:

- 24 horas para os casos de urgência e emergência;
- 300 dias para partos;
- 180 dias para os demais casos;
- 24 meses para cobertura de doenças ou lesões preexistentes.

Como mencionado, o prazo de carência para atendimento no caso de emergências ou de urgências nos planos de saúde é de, no máximo, 24 horas a contar da assinatura do contrato (BRASIL, 2011). Entende-se por urgência a ocorrência de situação, fato ou circunstância resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo de gestação. Já por emergência compreende-se a ocorrência de situação, fato ou circunstância que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. A avaliação da emergência deve ser feita pelo médico assistente (FIGUEIREDO, 2006).

No plano ambulatorial, o período de atendimento de situações de emergência ou de urgência é de até 12 horas. Ultrapassado esse período e havendo determinação do médico assistente para manutenção ou internação do paciente em ambiente hospitalar, a operadora deverá proceder aos encaminhamentos de remoção e internação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). No plano hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 horas da vigência do contrato (FIGUEIREDO, 2006).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1451/95, define como urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CFM, 2011), e emergência, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato” (CFM, 2011). Segundo esta Resolução, o médico possui total autonomia para a definição do que é ou não condição de urgência/emergência.

Recusa de Cobertura Dentro do Prazo de Carência Contratual nos Casos de Urgência ou Emergência: Breve Estudo à Luz da Jurisprudência do STJ

Como aventado na introdução, neste tópico busca-se colacionar alguns julgados do Superior Tribunal de Justiça que se revelaram muito importantes para tratar da temática referente à recusa de cobertura dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência e emergência. Ato contínuo, tece-se sucintas considerações sobre cada um.

O critério utilizado para tal intento cinge-se à escolha de determinadas palavras-chave pertinentes ao tema, quais sejam, “saúde suplementar”, “plano de saúde”, “carência”, “emergência” e “urgência”. Ao final da pesquisa virtual, que se deu no sítio oficial do STJ, chegou-se aos seguintes julgados: Recurso Especial nº 1.055.199 – SP, Recurso Especial nº 222.339 – PB, Recurso Especial nº 466.667 – SP, AgRg no Agravo de Instrumento nº1.322.204 – PA e Recurso Especial nº259.263 – SP.

O Recurso Especial nº 1.055.199 – SP foi interposto contra o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, sendo julgado recentemente pela Terceira Turma do STJ, em 03 de maio de 2011. De modo geral, o caso versa sobre a questão dos planos de seguros privados de assistência à saúde, no tocante à fixação do período de carência, em situações de urgência e emergência.

Dos fatos consta que o recorrente, há menos de dois meses depois do período de vigência do contrato firmado, mas antes do decurso do prazo de 120 dias de carência estabelecido entre as partes, necessitou de atendimento hospitalar emergencial. Nesse sentido, alega que o prazo de carência contratualmente estabelecido pela recorrida (empresa) para o caso de internação, por motivo emergencial ao qual se submeteu, é abusivo. Com fundamento no art. 12, inciso V, alínea "c", da Lei nº 9.656/98, sustentou que a carência nos casos de urgência e emergência pode ser de no máximo 24 horas, quando implica risco imediato de morte e de lesões irreparáveis.

Atendendo ao pleito do recorrente, o STJ entendeu ser abusiva e ilegal qualquer cláusula contratual que limite o tempo de internação dos pacientes nos hospitais, modificando assim o sustentado pela sentença de primeira instância que

considerava que o contrato deveria ser cumprido, independente desta cláusula de limitação de tempo.

Assim, com fulcro no entendimento do STJ, pode-se dizer que o prazo de carência contratualmente estipulado não prevalece diante de situações emergenciais, provocada por fato imprevisível, nas quais a recusa de cobertura frustraria o próprio sentido do contrato de seguro.

Além disso, os Ministros citaram os termos da Súmula 302/STJ, a qual indica que “é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”. Ao que se espera, enquanto a Súmula estiver em vigor o entendimento do STJ será o mesmo e os resultados das decisões serão no sentido de ser abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do beneficiário.

Ante o exposto, o tribunal deu provimento ao recurso especial, julgando procedente o pedido e condenando a recorrida a custear as despesas hospitalares emergenciais, independentemente do prazo de carência.

No caso do Recurso Especial nº 222.339-PB, interposto por Agassiz Almeida Filho em face de Unimed-João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico, a Quarta Turma do STJ, na lavra do Ministro Ruy Rosado de Aguiar, discutiu a questão relativa ao estabelecimento do prazo de carência fixado em contrato de plano de saúde para internação e a sua eventual prevalência em caso de urgência decorrente de acidente de trânsito.

Da análise do julgado tem-se que o contrato firmado entre as partes é de adesão, e que os serviços de plano de saúde a serem prestados são regidos pelas normas de ordem pública, obedecendo às regras do Código de Defesa do Consumidor. Logo, vê-se que, nesse caso, não se aplicou a cláusula de carência quando se trata de internação de urgência.

Com efeito, a carência prevista no plano de saúde deixa de prevalecer quando do contexto físico intrínseco da pessoa, ou seja, quando algo que advém do seu organismo, decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, torna-se apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao usuário. O atropelamento ocorrido no caso foi interpretado por fator extraordinário, verdadeiro evento traumático e absolutamente alheio ao quadro clínico normal de um ser humano, não podendo ser evitado, muito menos previsível.

Assim, o Relator pontificou que quando o caso se tratar de internação de urgência, absolutamente contrário à vontade do segurado, o prazo de carência não pode prevalecer, sob pena de caracterização do desequilíbrio contratual em desfavor do postulante. Com base nessa interpretação, o recurso foi conhecido e provido, condenando a seguradora a cobrir integralmente as despesas relativas ao procedimento.

No Recurso Especial Nº 466.667-SP, impetrado no Superior Tribunal de Justiça, e julgado em 27 de novembro de 2007, o Ministro Aldir Passarinho Junior firmou entendimento no sentido de que, em regra, a cláusula que determina a carência para certos tratamentos de saúde não é abusiva, uma vez que inclusive são aceitas pelos contratantes de planos de saúde. Porém, o Ministro fez uma ressalva fundamental: tal regra deve ser reavaliada diante dos casos de urgência ou emergência.

Com efeito, é possível afirmar que embora haja recusa de cobertura dentro dos prazos de carência contratual, nos casos de urgência ou emergência, por parte das operadoras de planos de saúde, o STJ tem avaliado esta recusa, considerando que o valor da vida humana deve se sobrepor às questões meramente comerciais.

Em situação semelhante, o mesmo Tribunal, por unanimidade, negou provimento ao Agravo de Instrumento Nº 1.322.204-PA, interposto por operadora de plano de saúde que negou cobertura para internação durante o período de carência do plano de saúde. Aduziram os Ministros que a cláusula de carência enfocada pela agravante não poderia, como não pode, sobrepor-se ao quadro de emergência/urgência apresentado pela paciente, que estava no pleno gozo de seus direitos de associada ao plano de saúde.

Para evitar transcrições desnecessárias, confira-se a ementa do caso em estudo:

AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 1.322.204- PA (2010/0110002-0)
AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO - NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL - INEXISTÊNCIA - PLANO DE SAÚDE - CARÊNCIA - TRATAMENTO DE URGÊNCIA - COBERTURA DEVIDA - ACÓRDÃO RECORRIDO EM HARMONIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE - AGRAVO IMPROVIDO.RELATOR EXMO. SR. MINISTRO MASSAMI UYEDA.(3ª Turma, AI nº 1.322.204 , Rel. Min. Massami Uyeda, 05.10.2010)

Ao apreciar o Recurso Especial nº 259.263 – SP, julgado em 2 de agosto de 2005, a Terceira Turma do STJ reformou decisão proferida pelo juízo de primeira instância e, por unanimidade, deu provimento ao recurso. Em síntese, neste caso o recorrente mantinha contrato de seguro de saúde com a empresa recorrida desde julho de 1988, sem ruptura, verificando-se, apenas, renegociação contratual em 1995.

No dia 20 de setembro de 1996, vítima de roubo, foi baleado na face, mais precisamente, na região buco-maxilo-facial. Recebidos os primeiros atendimentos em hospital público, foi encaminhado ao hospital da empresa seguradora, em razão do convênio de que participava, ocasião em que lhe foi negado atendimento médico-hospitalar, ainda que emergencial, ressalte-se, sob o fundamento de que a parcela referente ao mês de julho de 1996 não havia sido quitada, não obstante tivessem sido adimplidas as referentes a agosto e setembro do mesmo ano.

Diante de tal situação, o STJ sustentou que, em que pese o entendimento oposto do tribunal de origem, é abusiva a cláusula que suspende o atendimento médico em razão da mora, independentemente de notificação prévia.

CONCLUSÃO

Ao final desta pesquisa, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto de várias reformas setoriais, visando o acesso universal e integral às ações de promoção e proteção à saúde. Porém, é sabido também que, na realidade, o Estado não conseguiu cumprir seu dever constitucional de zelar e prestar assistência à saúde da população, uma vez que a prestação desse serviço é insuficiente para atender a todos.

Em decorrência disso, houve expressa autorização constitucional à iniciativa privada para que prestasse serviços de assistência à saúde, de forma suplementar. Em 1998 a Lei nº 9.656/98 passou a regulamentar o setor de saúde privada. Assim, as operadoras de planos de saúde, bem como os contratos firmados com os consumidores são regulados e fiscalizados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar criada pela Lei 9.961/00), as quais, outrossim, estão vinculadas ao Ministério da Saúde e tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Além disso, tais contribuem

para o desenvolvimento das ações de saúde no país, através de suas resoluções e instrumentos competentes. Estas resoluções são direcionadas pela Lei nº 9.656/98 (Lei que dispõe sobre os planos de saúde), bem como, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90.

Verificou-se que a lei ainda permite a exigência do cumprimento da carência, mas, determina os prazos máximos que podem ser impostos pelas operadoras aos seus contratantes. Com efeito, as regras para esta exigência estão legalmente amparadas pelo art. 12, inciso V, da Lei nº 9.656/98. Observou-se que a carência é um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual o segurado não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano ou seguro de saúde.

Dessa forma, da análise da jurisprudência foi possível inferir que jurisprudência do STJ considera abusivas as cláusulas que restringem os direitos dos consumidores com relação à cobertura para este tipo de atendimento, sendo ilegítima a recusa de autorização do serviço quando comprovada a urgência ou emergência inesperada e o risco para o paciente. É possível dizer, assim, que a maioria dos julgamentos do STJ têm tido um posicionamento favorável ao consumidor.

Importa assinalar que um dos grandes problemas enfrentados pelos consumidores ao assinarem um contrato com alguma empresa de plano de saúde é o fato de se depararem com cláusulas contratuais que determinam prazo de carência, onde as seguradoras se negam a cobrir em situações imprevisíveis, como nos casos de urgência e emergência.

Porém, é preciso ressaltar que o direito à saúde é direito público fundamental e subjetivo do cidadão e, nesse sentido, permite ao titular desse direito exigir do Poder Público (saúde pública) e do setor privado (contrato de plano de saúde) prestações materiais positivas de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (2): 279-290, fev, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/06.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2011.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *In*: MARTEL, Letícia de Campos Velho (Org.). **Estudos contemporâneos de direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 309-335.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 7 mai. 2010-a.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 30 jun. 2010-b.

BRASIL, **Lei 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 4 jun. 2011-a.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Lei n 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 04 jun. 2011-b.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1.055.199/SP**. Relator: Ministro SIDNEI BENETI. Julgamento: 03/05/2011. Órgão Julgador: Terceira Turma. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/ita.asp?registro=200801000258&dt_publicacao=18/05/2011. Acesso em: 01 out. 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 222.339 - PB**. Relator: Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR. Julgamento: 28/06/2001. Órgão Julgador: Quarta Turma. Disponível em: http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=222339+&b=ACOR. Acesso em: 01 out. 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 466.667 - SP**. Relator: Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR. Julgamento: 27/11/2007. Órgão Julgador: Quarta Turma. Disponível em: http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=466667&b=ACOR. Acesso em: 01 out. 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no Agravo de Instrumento nº 1.322.204 - PA**. Relator: Ministro MASSAMI UYEDA. Julgamento: 05/10/2010. Órgão Julgador: Terceira Turma. Disponível em: http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=1322204+&b=ACOR. Acesso em: 01 out. 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 259.263 - SP**. Relator: Ministro CASTRO FILHO. Julgamento: 02/08/2005. Órgão Julgador: Terceira Turma. Disponível em: http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=466667&b=ACOR. Acesso em: 01 out. 2011.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020>. Acesso em: 30 jun. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. **Resolução nº 1451/95**. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 3 set. 2011.

DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana S. de Carvalho. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à Saúde. *In*: COSTA, Alexandre Bernardino. **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/ UnB, 2009.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP ed: 2006.

MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Defendida em 31 ago. 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-133803/pt-br.php> Acesso em: 04 jun. 2011.

MESQUITA, Maria Angélica de. A regulação da assistência suplementar à saúde. *In*: **Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

NUNES, Francisco Pizzette. A eficácia do direito à saúde nas relações jurídicas privadas. **Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI** (2009). Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/2013.pdf . Acesso em: 01 out. 2011.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. *In* Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol.18, nº, Rio de Janeiro: 2008.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **Partidos políticos brasileiros: das origens ao princípio da autonomia político-partidária**. Criciúma: Editora Unesc, 2010.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E PREVALÊNCIA DE OBESIDADE INFANTIL NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO, CRICIÚMA, SC

Sinita Trespach

Acadêmica do Curso de Nutrição – UNESC

Paula Rosane Vieira Guimarães

Mestre Docente - Curso de Nutrição – UNESC, paulag@unesc.net.

Marco Antonio Silva

Mestre Docente - Curso de Nutrição – UNESC – mar@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Mestre Docente – Curso de Enfermagem - Coordenadora PET – UNESC

Daniela Fabretti

Acadêmica do Curso de Medicina - UNESC

RESUMO

Os objetivos do estudo foram reconhecer a prevalência de obesidade infantil em crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes à Unidade de Estratégia em Saúde da Família do bairro Brasília de Criciúma, bem como contextualizar a (in)segurança alimentar e nutricional. Metodologia: Caracterizou-se como ação extensionista e pesquisa quantitativa desenvolvida junto a equipes de ESF, escolas e CEIs municipais para diagnosticar o estado nutricional das crianças menores de 10 anos. Foram coletados dados de peso e estatura para classificação do estado nutricional pelo indicador Índice de Massa Corporal por idade (IMC/I), conforme proposta da OMS. Resultados e Discussão: O total de crianças menores de 10 anos avaliadas foi de 140, com 47,9% (67) das crianças eram do sexo masculino e 52,1% (73) do sexo feminino. A avaliação do estado nutricional foi realizada pelo cálculo do IMC para idade, encontrando-se nenhum caso para magreza acentuada, para magreza 7% (1) com magreza, 72,0% (101) eutróficos, 11,4% (16) risco de sobrepeso /sobrepeso, 13,6% (19) sobrepeso/obesidade, 2,1% (3) obesidade grave. Conclusão: Os dados apontam elevada prevalência de sobrepeso e obesidade. Sugerem intervenção de promoção e estímulo a uma alimentação saudável, bem como medidas preventivas de educação nutricional para garantir a segurança alimentar e nutricional destas crianças. A ação possibilitou a interdisciplinaridade no processo de aprendizagem.

Palavras-chave: Obesidade; Prevalência; Segurança Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT

The study objectives were to recognize the prevalence of childhood obesity in children 0-10 years of age belonging to the Strategy Unit in Family Health in the neighborhood of Brasilia Crickhowell, as well as the context (in) security and nutrition. Methods: We characterized the action as extension and quantitative research conducted at the ESF teams, schools and local IRBs to diagnose the nutritional status of children under 10 years. We collected data on weight and height to determine the nutritional status indicator for body mass index for age (BMI / A), as

proposed by WHO. Results and Discussion: Total children under 10 years was evaluated for 140 with 47.9% (67) children were male and 52.1% (73) female. The assessment of nutritional status was performed by calculating the BMI for age, being no case for thinness sharp, thin to 7% (1) with thin, 72.0% (101) eutrophic, 11.4% (16) risk of overweight / overweight, 13.6% (19) overweight / obesity, 2.1% (3) severe obesity. Conclusion: These data demonstrate high prevalence of overweight and obesity. Suggest interventions to promote and encourage healthy eating and nutrition education for preventive measures to ensure food security and nutrition of these children. The action enabled the interdisciplinarity in the learning process.

Keywords: Obesity; Prevalence; Food and Nutrition Security.

INTRODUÇÃO

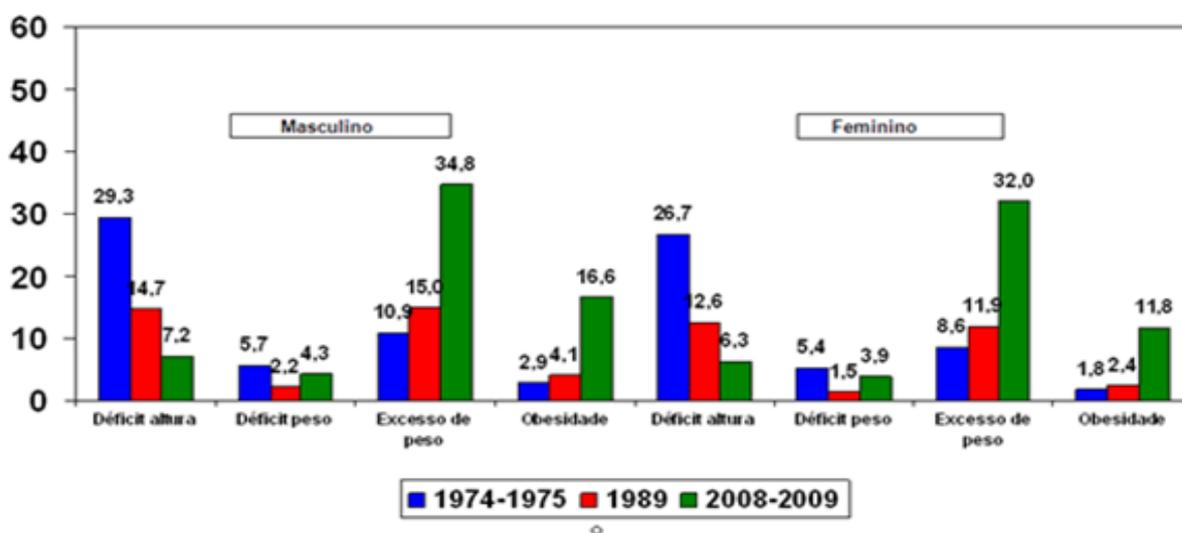
Durante todo o ciclo de vida dos indivíduos a alimentação desempenha um papel primordial, destaca-se nas distintas fases da vida podendo ser citado como exemplo, a idade escolar, que se caracteriza por um período em que a criança apresenta um metabolismo muito mais intenso quando comparado ao do adulto. (PHILIPPI, 2000).

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009, parceria entre o IBGE e o Ministério da Saúde realizada em mais de 55 mil domicílios com aproximadamente 230 mil pessoas, evidenciou que ocorreram avanços significativos na redução da desnutrição entre os brasileiros. Entretanto este mesmo estudo demonstra claramente o aumento de peso dos brasileiros, em todas as idades e níveis de renda.

A figura 1 abaixo demonstra a evolução do déficit de altura, déficit de peso, excesso de peso e obesidade para crianças de 5 a 9 anos nas pesquisas realizadas nos anos de 1974-1975, 1989 e 2008-2009. Os dados são separados ainda de acordo com idade e gêneros dos indivíduos.

Mesmo com uma queda constante no déficit de altura e na manutenção do déficit de peso em níveis baixos, houve uma verdadeira explosão na incidência de casos de excesso de peso e obesidade infantil. De acordo com a pesquisa, houve um aumento significativo da incidência de obesidade em crianças de todos os extratos de renda e região geográfica.

Figura 1 - Evolução de indicadores antropométricos na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989 e 2008-2009.



Fonte: IBGE, Estudo Nacional de Despesa Familiar 1974-1975; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1989; IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009.

No total, segundo a pesquisa, 33,5% das crianças de cinco a nove anos se enquadraram na categoria de excesso de peso ou obesidade. A região sudeste, proporcionalmente a com maior população urbana do país, é a mais afetada com 40,3% dos meninos e 38% das meninas nesta faixa etária sendo diagnosticadas com sobrepeso.

Para definição de obesidade, Oliveira et al (2003), colocam que esta tem etiologia multifatorial;

A obesidade definida como um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra, e o sobrepeso como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura são condições de etiologia multifatorial, cujo desenvolvimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-econômicos. (OLIVEIRA et al, 2003, p.145)

O autor aponta ainda que as preferências alimentares das crianças e a atividade física são práticas diretamente influenciadas pelos hábitos dos pais, e que estes continuam geralmente na vida adulta, e isto segundo o autor, reforça a hipótese de que os fatores ambientais são decisivos na manutenção ou não do peso saudável.

A obesidade no período da infância está se tornando um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Neste contexto, transição nutricional que engloba as mudanças nos padrões nutricionais da população mostra o resultado de um consumo excessivo de alimentos energéticos que promovem o acúmulo de gordura corporal. As chances de uma criança obesa ser um adulto obeso é de 50%, e no caso de adolescentes esse número sobe para 70%.

Diante do exposto, vale ressaltar que a questão da obesidade infantil deve ser vista enquanto insegurança alimentar e nutricional. Neste sentido vale lembrar que segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o direito à alimentação adequada é um **direito humano** inerente a todas as pessoas. Esse direito inclui o acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a **alimentos** seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade **adequadas e suficientes**, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. A segurança alimentar e nutricional é um direito de todo brasileiro e nela se ressalta que as particularidades e características culturais de cada região devem ser respeitadas. Além disso, é dever do poder público respeitar, proteger, promover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir as ações para que ele seja concretizado.

Para Maluf (2006), um dos maiores problemas do Brasil deixou de ser a fome e passou a ser a obesidade. Presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), Renato S. Maluf, comemora a diminuição da desnutrição, porém se diz preocupado com o aumento do sobrepeso e obesidade. Em sua opinião para reduzir o crescimento da obesidade, defende medidas de controle sobre o negócio alimentar, a começar pela regulamentação da publicidade de alimentos. Relata que em todas as suas instâncias, como as comissões internas e as conferências nacionais, o Consea tem se posicionado a favor da regulamentação da publicidade de alimentos para crianças. O conselho apóia a campanha nacional a favor da regulamentação da propaganda, inclusive é favorável à regulação que vem sendo proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Dando continuidade, cabe inserir a questão da integralidade que para

Silva (2006), tem forte matiz ideológico e cultural que permeia a abordagem do processo saúde-doença em sua determinação histórico-social e tem como objeto do trabalho em saúde o ser cuidado e a finalidade de atender às necessidades de saúde.

Neste sentido, visando à integralidade das ações da saúde busca-se abordar a situação de (in)Segurança Alimentar e Nutricional, de terminado grupo de crianças pelo Programa Educação pelo Trabalho (PET) que tem suas ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde garantindo os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde, SUS, na proposta de integrar ensino-serviço-comunidade.

As instituições de ensino superior, através do ensino, da pesquisa e da extensão, têm um papel fundamental como catalisadora de mudanças sociais, uma vez que são agentes preponderantes do processo educativo e de formação discente e podem efetivamente estimular as mudanças necessárias, com ênfase na formação baseada na interdisciplinaridade e na integralidade, possibilitando a geração de profissionais éticos, críticos e comprometidos com práticas mais humanísticas.

Além disso, espera-se também que este profissional tenha um olhar abrangente frente às múltiplas dimensionalidades do ser humano, e que esteja apto a atuar na saúde dentro dos eixos norteadores do SUS.

A práxis deve ser construída mediante interação entre o refletir e o atuar, realizada em condições concretas, constituindo-se em ato social. A práxis, dentro do contexto do ensino-aprendizagem deve proporcionar ações diretas, estimulando os acadêmicos a se tornarem ativos, partícipes da elaboração de seu próprio saber e comprometidos com um mundo melhor.

Assim insere-se o PET-SAÚDE CRICIÚMA, programa do Ministério da saúde em parceria com a Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC e a Prefeitura Municipal de Criciúma, onde acadêmicos e docentes dos cursos da área da saúde da UNESC e profissionais da saúde, particularmente aqueles envolvidos na Estratégia em Saúde da Família, compartilham experiências, e planejam e executam ações dentro das premissas do SUS, fortalecendo a formação acadêmica e beneficiando a população atendida.

Dentro da proposta de segurança alimentar, da prevenção e de tratamento da obesidade infantil (a criança, mas também seus familiares), na área

de abrangência do PET-SAÚDE, destaca-se o objetivo levar o acadêmico a ser capaz de:

- a) Articular a teoria e a prática no sentido de consolidar a aprendizagem nas áreas de conhecimentos pertinentes;
- b) Participar da equipe multiprofissional, incluindo equipe SF, acadêmicos de diferentes formações profissionais e docentes em ações integradas;
- c) Reconhecer, consolidar, analisar e avaliar dados de Vigilância Alimentar e Nutricional, coletados em nível local, propondo ações de resolutividade, para situações de risco nutricional na população atendida;
- d) Promover ações de educação alimentar e nutricional;
- e) Identificar grupos populacionais de risco nutricional para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visando o planejamento de ações específicas;
- f) Avaliar o impacto das ações de alimentação e nutrição na população assistida;
- g) Realizar visitas domiciliares identificando portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, promovendo o atendimento nutricional adequado;
- h) Identificar portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, para o atendimento nutricional adequado;
- i) Identificar portadores de doenças crônicas não transmissíveis, para o atendimento nutricional adequado;
- j) Prestar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio, elaborando o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos.
- k) Identificar, encaminhar para a notificação e investigação os casos de desnutrição grave, bem como fazer os aconselhamentos pertinentes;
- l) Implementar as políticas públicas de alimentação e nutrição.

Uma breve contextualização das atividades desenvolvidas pelo eixo Norteador do PET-SAÚDE CRICIÚMA, denominado PET-SAÚDE III por ser o terceiro ano de sua execução, são as “Tecnologias para a Integralidade do Cuidado

em Saúde na Estratégia Saúde da Família: consolidando o processo de ressignificação das práticas em saúde já iniciado pelas etapas anteriores do PET Saúde, e com isso promover a qualidade dos serviços oferecidos”. Dentro das linhas de ação propostas está a “prevenção da obesidade infantil e promoção da alimentação saudável como possibilidade para a integralidade do cuidado em saúde na ESF”, que tem como objetivo principal reconhecer a situação da obesidade infantil em crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes a área de abrangência das Unidades de Saúde propostas, e buscar estratégias que possam promover estilos de vida saudável, tanto nos cuidados de saúde primários, quanto no meio escolar e familiar.

As atividades desenvolvidas pela equipe da Linha 05 inserida nas Unidades de Saúde da Família dos Bairros Santa Barbara, Brasília, Vila Belmiro e São Simão, no primeiro momento se configuraram na aproximação dos acadêmicos e preceptores com a realidade das comunidades em questão. A parceria com as Unidades de Saúde, ESF e instituições de ensino nas respectivas áreas de abrangência facilitou o acesso ao público alvo (crianças entre 0 e 10 anos de idade) e a visualização de questões ligas à segurança alimentar (comércio de alimentos locais, distribuição de cestas alimentares, número de inscritos em programas de alimentação e nutrição, etc.).

Com as informações deste primeiro contato com a população alvo, a equipe Linha 05 elaborou as estratégias que permitissem atingir o público almejado de forma mais rápida e abrangente, contemplando os objetivos da linha 05. O plano de ação consistiu de:

- a) Obter informações precisas do número de crianças entre 0 e 10 anos residentes nas áreas de abrangência do PET SAÚDE Linha 05, a partir das Unidades de Saúde, ESF e das instituições de ensino locais.
- b) Definir o público alvo. Os dados preliminares mostraram que a maioria das crianças na faixa etária proposta estudavam em escolas municipais locais. A partir destas informações, a Equipe Linha 05 definiu como população a ser investigada todas as crianças entre 0 e 10 anos de idade residentes nos bairros São Simão, Santa Bárbara, Vila Belmiro e Brasília que estivessem matriculadas na rede de ensino municipal.

- c) Escolha das estratégias de ação. Para atingir os objetivos propostos, as estratégias elencadas pela Equipe Linha 05 foram:
- ✓ Diagnóstico nutricional da população alvo, ações de educação nutrição em feiras e eventos e nas instituições de ensino locais (teatro infantil, atividades lúdicas, entrega e explicação de material de orientação nutricional), elaboração de material informativo sobre alimentação e vida saudável, investigação do comportamento alimentar das crianças em risco nutricional, intervenção clínico nutricional às crianças em risco nutricional e orientações específicas aos respectivos familiares (visitas domiciliares).
 - ✓ Como instrumento investigativo e para inserção plena dos acadêmicos participantes nas Unidades de Saúde optou-se pelo cadastramento da população investigada no SISVAN, a partir de coleta de dados e respectivo preenchimento do formulário SISVAN WEB e do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para as crianças menores e maiores de 05 anos, todos validados pelo MS (Anexos 1 e 3).

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) constituiu o instrumento adotado para a avaliação nutricional de crianças com idades entre 0 e 10 anos, moradoras dos bairros de abrangência do PET SAÚDE linha 05.

O SISVAN corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Estas informações irão fornecer a base para decisões a serem tomadas pela equipe PET SAÚDE Linha 05 visando o diagnóstico e a melhoria das condições nutricionais da população avaliada.

O SISVAN disponibiliza um sistema de informações nutricionais instalado em praticamente todos os municípios brasileiros. Trata-se de uma ferramenta informatizada, desenvolvida pelo DATASUS, que apresenta a possibilidade de registro de informações para monitoramento do estado nutricional da população atendida, alimentado principalmente por profissionais da Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Neste trabalho serão apresentados resultados preliminares do estado nutricional das crianças com menos de 10 anos da área de abrangência da unidade ESF Brasília, localizada no município de Criciúma, SC.

Objetivos

Objetivo geral: Identificar o percentual de crianças com sobrepeso e obesidade na área de abrangência da unidade ESF do bairro Brasília, município de Criciúma, SC.

Objetivos específicos:

- Reconhecer a situação da obesidade infantil no cenário da Unidade de ESF.
- Identificar o percentual de crianças com sobrepeso e obesidade (0 a 10 anos de idade).
- Cadastrar as crianças avaliadas no SISVAN.

METODOLOGIA

Pesquisa de temporalidade transversal, com abordagem quantitativa e amostragem não probabilística desenvolvida pela equipe PET-SAÚDE CRICIÚMA, Linha 05, abrangendo escolas e creches na área de abrangência da Unidade ESF Brasília.

A população avaliada foi de 140 crianças de ambos os sexos, entre 0 e 10 anos de idade, matriculadas em instituições de ensino da rede pública municipal, residentes nas áreas de abrangência da unidade.

Para avaliação do estado nutricional e cadastro no SISVAN foram coletados dados de peso, estatura/comprimento, idade, sexo e informações referentes à identificação e de saúde das famílias das crianças avaliadas, utilizando-se o formulário do SISVAN WEB (BRASIL, 2010). Para classificação do estado nutricional, adotaram-se os critérios preconizados pela OMS (WHO, 2006, 2007), conforme tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional pelo IMC de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS.

PONTOS DE CORTE	DIAGNÓSTICO
< Percentil 3	Baixo IMC para Idade
≤ Percentil 3 e < Percentil 85	IMC Eutrófico
≤ Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
≥ Percentil 97	Obesidade

Como parte das ações proposta pelo PET-SAÚDE CRICIÚMA linha 05 as crianças com diagnóstico de risco nutricional (sobrepeso/obesidade) foram encaminhadas para as ações de orientação nutricional ou atendimento clínico nutricional especializado, realizados nas visitas domiciliares ou nas dependências do ambulatório de Nutrição da UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foram avaliadas e cadastradas no SISVAN 140 crianças matriculadas na rede de ensino municipal do Bairro Brasília. Na distribuição por sexo, 47,9% (67) das crianças eram do sexo masculino e 52,1% (73) do sexo feminino. Crianças com menos de 5 anos corresponderam a 30,7% (43), e de 5 a 10 anos de idade a 69,3% (97). A avaliação do estado nutricional foi realizada pelo calculo do IMC para idade, com nenhum caso de magreza acentuada, 7% (1) com magreza, 72,0% (101) eutróficos, 11,4% (16) risco de sobrepeso /sobrepeso, 13,6% (19) sobrepeso/obesidade, 2,1% (3) obesidade grave. Quando somados risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade/grave encontram-se 27,14% (38), conforme tabela 2.

Tabela 2 - Classificação do Estado Nutricional da população avaliada. Bairro Brasília, Criciúma, SC. Setembro de 2011.

Variável	Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco de Sobrepeso*/ Sobrepeso**	Sobrepeso*/ Obesidade **	Obesidade*/ Obesidade Grave**
Brasília (n=140)	0	1	101	16	19	3
	0,0%	0,7%	72,0%	11,4%	13,6%	2,1%

Os resultados da avaliação do estado nutricional mostram uma prevalência média em torno de 27,1% de risco nutricional relacionado ao sobrepeso/obesidade em toda a população avaliada, sendo que 13,6% apresentaram obesidade. Somente uma criança apresentou magreza em relação ao IMC.

Segundos dados do IBGE, referente a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009, no Brasil há uma marcada tendência apontando na direção de índices de excesso de peso nas crianças brasileiras. A evolução dos pesos medianos das crianças brasileiras sugere especial atenção para o comportamento alimentar desta faixa etária (IBGE, 2010).

A obesidade na infância, que se prolonga para a vida adulta, é considerada como um grave fator de risco, associada a doenças crônicas como artrites, câncer, diabetes, dislipidemias, doenças cardiovasculares, hipertensão, problemas gastrointestinais e respiratórios, implicando em menor expectativa de vida e maiores gastos públicos com saúde.

O total de crianças em risco nutricional foi expressivo: 16 crianças com sobrepeso e 19 com obesidade, incluindo 03 com obesidade grave. Esta prevalência de sobrepeso e obesidade demonstra (in)segurança alimentar e nutricional desta parcela da população. Na intenção de garantir a segurança alimentar e nutricional e para compreensão dos hábitos alimentares dessas crianças, visando as intervenções clínicas e orientações/acompanhamento nutricionais pertinentes, está sendo aplicado o “Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar”, conforme metodologia proposta. Ressalta-se aqui, que, o elevado número de crianças em risco nutricional e a dificuldade de conciliar a disponibilidade de horários dos responsáveis/familiares das crianças com os horários do atendimento/orientação nutricional e das visitas domiciliares, em se tratando de crianças e a necessidade de da presença de responsáveis junto a esta, tornou esta ação morosa e ainda em andamento.

O PET-SAÚDE tem permitido que acadêmicos da área da saúde vivenciem o SUS, compartilhando a experiência de docentes altamente qualificados e de profissionais inseridos no Sistema Municipal de Saúde, promovendo a integração do ensino, pesquisa e extensão no cenário de comunidades atendidas por Equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de novembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Formulário Cadastro Sisvan Web**. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral Da Política De Alimentação E Nutrição. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/formulario_cadastro.pdf. Acessado em 14 de julho de 2010.

_____. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 52 Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____: **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____: **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Manual técnico, 2004.

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. CFN. Brasília, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisas de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos do Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2010.

MALUF, R. **Segurança Alimentar e Fome no Brasil - 10 Anos da Cúpula Mundial de Alimentação**. R. J. Relatório Técnico, 2006.

MS – Ministério da saúde. Portaria 648 de 30 de março de 1999. Política nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília. DF, 2006.

OLIVEIRA, A. M. A. et al. **Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA**. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 47, n. 2, p. 144-150, abr. 2003.

PHILIPPI ST. **Guia alimentar para o ano 2000**. In: Angelis RC de. Fome Oculta. São Paulo: Atheneu; 2000. cap. 32, p. 160-76.

PNAN – **Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos**. Comissão intersectorial de alimentação e nutrição – CIAN. Brasília, 2010.

SILVA KL, SENA RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do

cuidado. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59(4): 488-91.

VALENTE, F. L. S.; BEGHIN, N. **Realização do direito humano à alimentação adequada e a experiência brasileira: subsídios para a replicabilidade.** Brasília, set. 2006.

World Health Organization. **WHO** Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

World Health Organization. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 660-667.

VIVÊNCIA DE MULHERES RECLUSAS

Iona Vieira Bez Birolo

Docente, Mestre em Enfermagem, Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando PEN/UFSC; Núcleo de Extensão e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde NEPIES/Unesc; Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva LADSSC/Unesc, Ionavieira71@hotmail.com

Vera Radünz

Docente, Doutora em Enfermagem, Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando PEN/UFSC.

Simoni Leal Justo

Enfermeira, integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Unesc.

Sandra Dominguini Daroldt

Enfermeira, integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Unesc.

RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo que teve como objetivo compreender a vivência de mulheres em ambiente prisional. O referencial teórico foi pautado nos ensinamentos de Florence Nightingale e na utilização de conceitos de Carraro e Radünz, entre outros estudiosos da área. A pesquisa foi desenvolvida na ala feminina de uma unidade prisional de Santa Catarina, com a participação de dez detentas com idade entre 21 e 35 anos que tiveram vivência na prisão. Para coletar os dados, utilizou-se observação e entrevista semiestruturada. Para adentrar no presídio, solicitou-se autorização e apresentou-se o projeto para os responsáveis. Durante todo o período de desenvolvimento da pesquisa, respeitou-se os princípios éticos com fundamento na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196 de 1996. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin e apresentados textualmente. Emergiu a categoria de análise: Encarceramento Feminino. Esta categoria deu origem a duas subcategorias, a saber, Encarceramento Feminino, Envolvimento da Mulher com o Crime e Meus Direitos? Não sei, nunca perguntei. Os principais resultados desta pesquisa são: as detentas são discriminadas em seu aspecto de gênero e o serviço de saúde é precário no acompanhamento da detenta.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Direitos da Mulher; Serviços de Saúde da Mulher.

ABSTRACT

It is a study with a qualitative approach, a descriptive exploratory approach that aimed to understand the experience of women in the prison environment. The theoretical framework was guided by the teachings of Florence Nightingale and the use of concepts and Radünz Carraro, among other scholars in the field. The research was conducted at the women's ward of a prison of Santa Catarina, with the participation of ten inmates aged between 21 and 35 years who have had experience in prison. To collect data, we used semi-structured interviews and observation. To enter the prison, requested authorization and presented the project to those responsible. Throughout the period of research development, respecting the ethical

principles based on the resolution of the National Board of Health no. 196 1996. Data were analyzed using the technique of content analysis of Bardin and presented verbatim. Category of analysis emerged: Female Imprisonment. This category has resulted in two subcategories, namely, female incarceration, Women's Involvement with the Crime and My Rights? I do not know, I never asked. The main results of this research are: the prisoners are discriminated against in his aspect of gender and the health service is poor monitoring of inmate.

Keywords: Nursing Care; Women's Rights; Women's Health Services.

INTRODUÇÃO

A situação das detentas perante a sociedade não aflora dos portões das penitenciárias, por isso sentimos a necessidade de conhecer melhor esta realidade. Rita (2009); Viafore (2005) afirmam que são poucos os estudos de detentas. Tais autores dizem também que muitos pesquisadores preocupam-se em estudar sobre a violência, mas não são estudos voltados para o sistema penitenciário e muito menos para a detenta. Lopes (2004) diz ainda que esta situação de desatenção com a detenta, não ocorre somente no Brasil.

Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) a população prisional aumentou vertiginosa-mente de 148.760 pessoas em 1995 para 361.402 em 2005. Mais de 200 mil pessoas adentraram as penitenciárias em 10 anos e este número promete progredir de forma geométrica, pois em 2007 a população prisional já atingiu 422.373 pessoas, um aumento de 60 mil pessoas em apenas dois anos. A mulher segue a mesma lógica, sendo que o número de mulheres nos presídios gira em torno de 5% do número de homens (BRASIL, 2005).

Dos estabelecimentos carcerários brasileiros que comportam mulheres, 58 são exclusivamente femininos e 450 são para ambos os sexos. 27,45% dos estabelecimentos exclusivos para mulheres possuem local para as gestantes, 19,61% possuem berçário e 16,13% possuem creche. Os estabelecimentos carcerários que comportam tanto homens quanto mulheres geralmente são voltados para o público masculino, não oferecendo estrutura adequada para detentas, o que gera, em alguns casos, necessidade de transferência para outros presídios (BRASIL, 2008).

Santa Catarina conta com dois estabelecimentos penais exclusivamente femininos e 21 unidades penais com alas adaptadas para detentas em

estabelecimentos mistos, nas quais são disponibilizadas 343 vagas para mulheres, enquanto o número de detentas em fevereiro de 2008 era 705, constituindo-se um verdadeiro excedente. As vagas de creche e berçário são 22, distribuídas entre quatro estabelecimentos penais do estado. As detentas gestantes e as detentas com seus filhos que não estão nestes estabelecimentos penais com vagas para berçário e creche permanecem nas celas com as demais detentas. (BRASIL, 2008)

Quanto à legislação, tem-se a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) que assegura às detentas, no art. 5º. inc. L, condições para a permanência com seus filhos durante a amamentação. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/90) em seu art. 9º confere ao Poder Público e às instituições o dever de ofertar aos filhos das detentas condições adequadas para a amamentação. A Lei de Execução Penal - LEP (Lei n. 70210/84), Título II, Capítulo II, Seção III, Art. 14, § 3º assegura “acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré natal e no pós parto, extensivo ao recém nascido”. O título IV, Capítulo I, art. 82, § 1º diz que a detenta tem direito ao estabelecimento adequado da sua condição pessoal e complementa no art. 83, § 2º com a existência de berçário para a detenta cuidar de seus filhos e amamentá-los pelo menos até os seis meses de idade. A mesma Lei, no Capítulo II do mesmo título art. 89, diz que o presídio feminino deve prover, em sua estrutura, seção de gestantes, parturientes e creche. A LEP aqui citada é atualizada conforme a Lei n. 11.942 de 27 de maio de 2009.

O acompanhamento que visa a promoção da saúde interfere positivamente na qualidade de vida da detenta. Questiona-se quanto a operacionalização de políticas públicas que garantam o reconhecimento de direitos e a atenção integral à saúde das detentas, uma vez que são componentes da sociedade e a esta devem retornar.

Refletir sobre o sistema penitenciário e o encarceramento feminino é necessário, pois as peculiaridades que envolvem a detenção da mulher devem ser consideradas na gestão deste sistema para evitar a segregação de indivíduos e fragilizar grupos sociais como este, formado por detentas no cárcere. Mais importante que penitenciar é desenvolver estudos para compreender a dinâmica social que permeia a conduta das mulheres que se envolvem em práticas criminosas (RITA, 2006).

Lembra-se aqui que a LEP confirma no art. 10 da seção I do capítulo II que a assistência à saúde da detenta é dever do Estado, conforme dita o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

O SUS está na Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 e as leis que o regulamentam são as Leis Orgânicas da Saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90). Em nosso país, a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Com as reflexões feitas até aqui, surge a seguinte questão: Como é para uma mulher vivenciar o ambiente prisional? E como objetivo: Compreender como as detentas vivenciam o ambiente prisional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritiva. Explorou-se a realidade com as detentas, permanecendo em seu mundo original durante a coleta de dados, para interpretá-la em sua condição natural e em movimento, proporcionando uma visão abrangente ao estudo.

O local do estudo conta com aproximadamente 90 vagas para detentas. Um dos alojamentos denomina-se “berçário”, com 10 vagas, onde ficam as detentas gestantes ou com filho sob sua responsabilidade. Participaram dessa pesquisa dez detentas, com idade entre 21 e 35 anos e estavam presas, ou em reincidência de prisão, no período que ocorreu a coleta de dados.

Após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, realizou-se a entrada no campo de pesquisa. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC para obtenção de parecer e foi aprovado sob o protocolo de número 217/2009 (Anexo A). As detentas tinham condições para responder as perguntas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Neste primeiro momento, apresentou-se a proposta para o responsável da instituição e, a partir de seu consentimento, iniciou-se a aproximação com os participantes da pesquisa, com o propósito de apresentar a proposta e realizar as entrevistas. Nos encontros, o pesquisador foi acompanhado pelo agente carcerário de plantão, porém, o mesmo não permaneceu nos momentos de conversa, o que possibilitou maior interação entre pesquisador e detentas.

Antes de realizar as entrevistas individuais, explicou-se os objetivos do estudo e a importância da participação das detentas. Devido à preocupação em proporcionar tranquilidade e fazer com que as detentas se sentissem à vontade para expressar seus sentimentos e narrar suas experiências, o roteiro foi utilizado, principalmente, no final das entrevistas pelo pesquisador para certificar-se que todos os temas propostos haviam sido abordados.

A coleta de dados ocorreu entre os dias 20 de janeiro e 26 de fevereiro de 2010 e o tempo para as entrevistas variou, aproximadamente, de 20 a 45 minutos e o número de encontros foi determinado durante o processo, levando em consideração a disponibilidade de dias e horários fornecidos pela instituição. Com todas as detentas participantes do estudo, foram realizados pelo menos dois encontros, um para entrevista e outro para a validação dos dados.

Durante os encontros, utilizou-se gravador de voz com autorização prévia das detentas. As gravações foram transcritas e disponibilizadas para as detentas, para leitura e validação do produto das entrevistas. A validação dos dados foi realizada disponibilizando a transcrição das entrevistas para as detentas; deixou-se que elas mesmas decidissem em realizar a leitura, ou escutar o pesquisador, para posteriormente, assinar cada página da transcrição.

Além das entrevistas, utilizou-se como instrumento para coleta de dados, o registro escrito das observações do pesquisador em diário de campo, observações estas referentes ao ambiente e não citadas pelas detentas durante a entrevista semi estruturada (Apêndice B). Observação e registro escrito exigiram do pesquisador atenção especial, cada vez que entrava em contato com a realidade pesquisada, e organização adequada dos apontamentos, para não perder informações relevantes ao estudo.

Os dados foram organizados e apresentados textualmente com a utilização de um quadro para identificar as categorias e subcategorias da pesquisa.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Apresenta-se a categoria que emergiu da análise de conteúdo dos dados coletados: Encarceramento Feminino, esta categoria deu origem a duas subcategorias, a saber, Envolvimento da Mulher com o Crime e Meus Direitos? Não sei, nunca perguntei.

Encarceramento Feminino

As detentas foram presas já em estado de gestação ou então engravidaram durante a prisão. Estas citaram a visita íntima e a saída em regime semiaberto por cinco dias como oportunidades para que a gravidez ocorresse. A gravidez foi citada como inesperada por todas as detentas, sem distinção entre as que utilizavam algum método anticoncepcional ou não; a gravidez “aconteceu” neste momento de suas vidas. Ao receber o diagnóstico de gravidez a detenta é transferida para o berçário junto com outras detentas que estão com seus filhos.

Algumas das detentas afirmaram usar drogas durante o período de gestação, mesmo sabendo dos riscos para os bebês e admitiram ter refletido sobre o efeito do uso de drogas durante a gravidez, apenas depois de presas, pois, em liberdade, estavam em contato com as substâncias e precisavam alimentar o vício.

As detentas não relataram dificuldades ou reclamações no momento do parto, tanto em relação ao tipo de procedimento adotado, quanto ao atendimento e ao fato de permanecerem algemadas. Em alguns casos, lamentaram o fato de não terem recebido visitas durante a internação hospitalar no pós-parto.

Durante a coleta de dados a cena mais comum no berçário era ver as detentas sentadas no chão, sobre uma coberta, encartelando grampos, com seus bebês ao lado ou atrás de si. Ao escutar o choro de seus filhos elas paravam com o serviço e os amamentavam. Foi possível observar também a realização das duas atividades concomitantemente, ou seja, amamentar e encartelar ao mesmo tempo ou embalar o bebê sobre as pernas e encartelar os grampos com as mãos. Observou-se com este estudo a inadequabilidade do ambiente prisional para a vivência do puerpério.

Quadros; Rita (2008) dizem que as condições de habitabilidade nas instituições penais são precárias e se agravam devido à ausência de local adequado para cuidar da detenta, principalmente no pré e pós-parto, além de não contar com serviço especializado para este acompanhamento.

Desta categoria, Encarceramento Feminino, surgem duas subcategorias: Envolvimento da Mulher com o Crime e, Meus Direitos? Não Sei, Nunca Perguntei.

Envolvimento da Mulher com o Crime

Os motivos que levaram as detentas a serem presas foram assaltos e uso e tráfico de drogas, com destaque para o *crack*. Como já constatado por Magalhães (2008), em estudo realizado na mesma instituição, a maioria das mulheres encontra-se detida por tráfico de drogas e muitas cometeram tal delito em cumplicidade com seus maridos, portanto, muitas vezes, os maridos encontram-se detidos também.

Meu caso é tráfico. [...] Comecei a freqüentar a casa de uma certa pessoa que vendia, aquela pessoa foi presa, daí começava a ver aquele dinheiro todo ali! Mas pra te falar a verdade, verdade eu queria um cantinho pra morar sozinha né? Acho que foi isso. Eu que me envolvi primeiro, meu marido nunca aceitou, ele está preso porque assumiu pra ver se eu fosse embora, mas, ele não tem nada haver, a verdade é essa!. (E1)

Os depoimentos colocam o tráfico como oportunidade para conquistas financeiras com o propósito de satisfazer as necessidades da família, o que coloca a mulher em condição de mantenedora ou, pelo menos, parceira do homem na responsabilidade de manter a família. O envolvimento do casal ou até mesmo de outras pessoas da família com o crime é situação bastante comum entre as detentas participantes deste estudo. Por outro lado, existem as detentas que participam do tráfico, para sustentar seu próprio vício e de forma independente de seus companheiros.

Meu envolvimento é tráfico de drogas. Me envolvi sozinha. Ele (o pai da filha) é preso também. Ele tá preso na outra cidade, mas ele caiu antes do que eu né. Trabalhava no mesmo lugar, assim né, mas, cada um por si. [...] Na verdade eu traficava pra sustentar meu vício, né. Porque eu usava droga. Não pra ter as coisa, roupa, por exemplo, porque a minha mãe, mesmo sendo de família humilde, mas só que ela não deixava faltar. Por exemplo, se eu quisesse uma calça, ela me dava aquela calça, eu não precisava traficar pra comprar aquela calça. Eu fui pro tráfico, para sustentar o meu vício. (E3)

Daí eu comecei a vende, daí uma amiga minha tava morando lá em casa comigo ela usava droga também, daí nois tivemos a idéia de começar a vender, porque dá dinheiro! Dai a gente vendia pra todo dia ter o que fumar. Daí foi aonde a polícia me pegou. (E6)

O tráfico e o uso de drogas aparecem concomitantemente nas situações e, quando surge uma gestação, a vida destas detentas agrava-se, afetando a sociedade. O envolvimento com o tráfico e o uso de drogas tem limites muito tênues para as detentas participantes do estudo.

A detenta E9, ao falar sobre sua saída da prisão daqui a três anos, não acena a possibilidade de mudar de vida, de sair do tráfico. Mesmo sabendo que existe a possibilidade de ser presa novamente e passar por todas as dificuldades pelas quais tem passado, ela afirma que continuar com o crime vai depender da situação financeira da família.

A gente já vai sair numa situação bem difícil, mas, espero que até lá as coisas já tenham se encaminhado... É uma coisa que... saiu daqui pra fazer a mesma coisa, pode demorar, mas volta pra cá de novo. (E9)

Durante as entrevistas algumas expressaram o desejo de retornar para casa e não se envolver mais com o crime. Não se envolver com o crime, está relacionado ao envolvimento com as drogas. Neste caso, as detentas relatam que, na prisão, ficam sem a droga porque não possuem tampouco podem conseguir, mas, não sabem se, quando estiverem fora, conseguirão ficar sem.

Ah agora a ideia é ir embora e cuidar dos filhos. Ter a minha casinha de volta é isso que eu quero! Ficar com eles, recuperar o tempo que eu perdi aqui dentro. (E6)

Meus Direitos? Não Sei, Nunca Perguntei

Quando abordado o assunto direitos e deveres, as detentas participantes do estudo comentam:

Não sei. (E6)

Eu nunca perguntei né, sobre isso. (E8)

Pois agora... eu sei que a gente não incomodando, a gente tem todo direito. (E1)

Carraro (1998), diz que o conhecimento dos riscos aos quais as mulheres são expostas propicia o aumento ou a diminuição do poder vital. O mesmo se pode afirmar em relação ao conhecimento dos direitos e deveres das detentas.

Existe descompasso entre as esferas legais, e destas com a realidade, no que diz respeito às condições para o encarceramento feminino, suas peculiaridades e o tempo de permanência do filho com a detenta. Na prática, os estabelecimentos prisionais respeitam seu próprio regulamento, considerando sua estrutura para

cumprir a legislação que, de forma geral, permite a permanência do filho com a detenta durante o período da amamentação, dependendo da instituição em que a detenta se encontra ou da possibilidade de transferência para uma instituição com estrutura de berçário (VIAFORE, 2005).

Quanto ao direito de permanecer com o filho, as detentas apresentaram opiniões deferentes e até contraditórias sobre esse assunto, como ilustram as falas a seguir.

Acho que é até um ano que fica... Amamentando ou não... Porque tem o dela (outra presa) que vai fazer um ano. E já teve outras crianças que ficaram. É até um ano sim. (E3)

Como eles deixam ficar, mas eles deixam porque né... Eles conseguiram isso aqui com o juiz, mas o direito mesmo é seis meses. Eu acho que os seis meses né de amamentação? (E5)

As falas denotam a insegurança quanto ao tempo legalmente permitido, posição compreensível das detentas, visto a complexidade de interpretação e a diversidade segundo as esferas legais sobre este assunto, fazendo com que o tempo de permanência da criança na prisão varie conforme a instituição.

Não se pode tratar o encarceramento feminino de forma plena sem se considerar fatores intrínsecos ao gênero, como maternidade e o tempo de permanência com o filho na prisão. A legislação relaciona o período de permanência do filho com a detenta com o período de amamentação que, segundo o Ministério da Saúde, é de até dois anos, sendo recomendado o aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança. A instituição penal deve voltar suas ações para o incentivo do aleitamento materno, sendo que este só deve ser substituído em casos excepcionais, nos quais a criança e a detenta têm o direito de permanecerem unidas, mesmo na impossibilidade de aleitamento materno (RAMOS, 2010).

Ramos (2010) afirma que, além do direito de permanecerem na prisão, as crianças devem contar com estrutura de creche adequada para seu atendimento dos seis meses aos sete anos, de acordo com as diretrizes educacionais e que possam garantir o acompanhamento adequado durante sua fase inicial de desenvolvimento, o que envolve, entre outros, o acesso à saúde, alimentação, educação, ao lazer, dignidade, respeito, liberdade para convivência familiar e comunitária.

Chambers (2009) concluiu, em seu estudo realizado no Texas, onde a separação detenta e recém nascido é obrigatória e ocorre no período pós parto, que

os prejuízos emocionais para a criança e para a detenta devem ser considerados, além da responsabilidade do estado em cumprir a constituição, não punindo de forma cruel ou inusitado os presos. Neste caso, as detentas que acabaram de dar à luz podem estar sendo duplamente penitenciadas.

Lopes (2004) diz que a dor maior é encarar o presente, viver a realidade do afastamento e da humilhação. Numa situação como esta, a maternidade e os filhos podem ser vistos como uma condição de reconhecimento social para as detentas que se tornam mães e correspondem às expectativas do ambiente prisional.

Dos dados dessa pesquisa emergiu outra face deste mesmo assunto e não abordada em nenhum dos estudos citados. Quais são os direitos da detenta que prefere mandar a criança para casa? Tão difícil quanto querer ficar com o filho e não poder é decidir que o melhor para a criança é o ambiente fora do presídio e não conseguir operacionalizar essa questão, devido a problemas burocráticos, tais como o registro de nascimento, a falta de alguém para cuidar da criança ou mesmo o excesso de burocracia. Como ilustra o depoimento a seguir:

Acho que é até um ano que fica (a criança) não sei. Eu queria mandar ela embora pra dizer a verdade. Queria registrar ela pra manda ela embora. Não pode mandar sem registro. E não dá para registrar porque não somos casados, então precisa do pai junto, e ele está preso. Eu queria mandar pra minha sogra ela já falo que fica com a menina, avó dela. Eu queria mandar embora. Porque assim... Eu não fui condenada ainda eu tô esperando o julgamento né? [...] Mas... Se é sozinha eu acho que é melhor mandar embora, porque não tem como se virá... cá criança aqui. Mas se a família que vem aí a pessoa se vira né? (E3)

CONCLUSÃO

Neste estudo, verificou-se a situação de detentas e procurou-se compreender como vivenciam essa experiência. O envolvimento com as drogas, enquanto usuária ou traficante é o principal motivo do encarceramento feminino e tem por consequência o crescimento e desenvolvimento de crianças dentro do ambiente prisional.

Os motivos que levam as detentas a se envolverem com o tráfico são as oportunidades de fonte de renda e o sustento do próprio vício. As detentas, mesmo com dificuldades para enfrentar a situação, nem sempre expressam o sentimento de

permanecerem longe das drogas e do tráfico, o que leva à reincidência ao crime, fato comum entre as participantes do estudo.

Quanto aos direitos que as detentas referiram, percebe-se o descompasso existente entre as esferas legais e a realidade.

O trabalho no ambiente prisional é visto pelas detentas como possibilidade de sustento, mas também são encontradas dificuldades no desenvolvimento do trabalho e no cuidado à criança concomitantemente. Na dimensão Social, abordaram-se as relações estabelecidas na prisão, como o contato com as outras detentas. É preciso tempo de convivência para se estabelecer relações e este tempo nem sempre existe. Na dimensão Social existe ainda a preocupação com os filhos que estão fora da prisão, sendo cuidados por outras pessoas.

Acredita-se, no entanto, que a partir deste estudo, outros se desenvolverão, trazendo importantes contribuições, não somente para a Enfermagem, profissionais da Saúde e autoridades, mas também e, principalmente, que esse estudo contribua para um cuidado humanizado à detenta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema penitenciário no Brasil. **Diagnóstico e Propostas**. 2005. Disponível em: <http://www.sejus.es.gov.br/download/diagnostico_depen.pdf>. Acesso em: 04 fevereiro 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Mulheres Encarceradas: Diagnóstico Nacional**. Consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da federação. Brasília: Ministério da Justiça. 2008.

CARRARO, T. E. **Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

LOPES, R. **Parto e maternidade: profissionalização, assistência, políticas públicas**. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/R/Rosalice_Lopes_26.pdf>. Acesso em: 04 fevereiro 2010

MAGALHÃES, D.M.C.B. **Como as mulheres enfrentam o processo de separação dos filhos nascidos em tempo de cárcere**. 2008. 76f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989. RITA,

RITA, R.P.S. Mães e crianças atrás das grades. **Revista Sociologia Jurídica**. Dossiê questões penitenciárias. n. 3, jul-dez 2006. Disponível em: <<http://www.sociologiajuridica.net.br/antigo/rev03santarita.htm> >. Acesso em: 04 fevereiro 2010.

SANTOS, E.K.A. dos. Puerpério Normal. In: OLIVEIRA, M. E. de; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p.117-133.

STELLA, C. Filhos de mulheres presas: o papel materno na socialização dos indivíduos. **Estudos e pesquisas em psicologia**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 292-306, set. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-115.psi.org.br/pdf/epp/v9n2/v9n2a03.pdf> >. Acesso em: 04 fevereiro 2010.

VIAFORE, D. A gravidez no cárcere brasileiro: uma análise da penitenciária feminina Madre Pelletier. **Revista Direito & Justiça**, ano XXVII, v. 31, n. 2, p. 91–108, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/viewFile/571/401> >. Acesso em: 04 fevereiro 2010.