

Organizadoras

Juliana Dias Reis Pessalacia
Tatiana Carvalho Reis Martins
Bruna Moretti Luchesi
Priscila Balderrama

TEMAS TRANSVERSAIS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

REFLEXÕES TEÓRICAS

TEMAS TRANSVERSAIS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

REFLEXÕES TEÓRICAS

Organizadoras

Juliana Dias Reis Pessalacia

Tatiana Carvalho Reis Martins

Bruna Moretti Luchesi

Priscila Balderrama



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO DO SUL**

Reitor

Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora

Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Obra aprovada pelo

CONSELHO EDITORIAL DA UFMS

Deliberação N° 03, DE 7 DE ABRIL DE 2020

Conselho Editorial

Rose Mara Pinheiro (presidente)

Além-Mar Bernardes Gonçalves

Alessandra Borgo

Antonio Conceição Paranhos Filho

Antonio Hilario Aguilera Urquiza

Elisângela de Souza Loureiro

Elizabeth Aparecida Marques

Marcelo Fernandes Pereira

Navo Franco de Almeida Jr

Rosana Cristina Zanelatto Santos

Ruy Caetano Correa Filho

Vladimir Oliveira da Silveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

Temas transversais para a formação médica [recurso eletrônico]: reflexões teóricas /
Juliana Dias Reis Pessalacia ... [et al.], organizadoras. -- Campo Grande, MS : Ed.
UFMS, 2020.
1 arquivo: 1.371 kb

Inclui bibliografias.
ISBN 978-65-990185-4-1
Disponível em Repositório Institucional (UFMS)

1. Médicos – Formação. 2. Educação médica. 3. Medicina – Estudo e ensino. I.
Pessalacia, Juliana Dias Reis.

CDD (23) 610.7

Elaborada pela bibliotecária Tânia Regina de Brito CRB 1/2395

Organizadoras

Juliana Dias Reis Pessalacia

Tatiana Carvalho Reis Martins

Bruna Moretti Luchesi

Priscila Balderrama

TEMAS TRANSVERSAIS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

REFLEXÕES TEÓRICAS

Campo Grande - MS

2020



© dos autores:

Juliana Dias Reis Pessalacia, Tatiana Carvalho Reis Martins, Priscila Balderrama, Bruna Moretti Luchesi, Priscila Kelly da Silva Neto, Karine Bianco da Cruz, Jacqueline Resende Boaventura, Maristela Rodrigues Marinho, Bruno Vilela, Matheus Redigolo, Matheus Ribeiro, Diana Maddalena Bergamo, Giovanna Souza Moura, Heloísa Geminiano, Paula Rayane Oliveira Souza, Thales Fernandes de Castro, Maria Luiza Garcia Trajano dos Santos, Leticia Ferreira Queiroz de Sousa, Rene Oto da Silva Conceição Mattos, Bárbara Silva Vicentini, Fagner Macedo Gonçalves, Isabela Matos de Oliveira, João Douglas Cabral, Matheus Augusto, Obici Massucato, Nathan Bardini Anhê, Gabriel Tondatto, Igor de Moraes, Isabela Crispim, Mariana Mazali Silva, Rafaela Caldato Spegorin, Rafaela Maria Martins de Oliveira, Aline Souza Costa de Paulo, Milla Bitencourt Cabral, Bruna Manfio, Gabriel Mantovani, Bianca de Castilho, Gabriela Bordignon, Gabriela de Oliveira da Silva Bastos, Benhur Almeida Beraldo Alves, Leonan José de Oliveira e Silva, Leonardo Siqueira Aprile Pires, Alisson Kelvin Pereira Borges de Freitas, Bárbara Pereira de Queiroz, Victor Patrick da Silva Arruda, Helen Cristina da Silva Marcondes, Maria Eduarda Barbosa, Michele Caroline Dias de Lima, Ana Beatriz Gomes Grecco, Beatriz Vieira Gurgel, Matheus Vinicius Silva Fernandes, Amanda Goulart Moura Bento, Carolina Geovana Silva Vaz, Luiza Diniz Procópio.

1ª edição: 2020

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica
TIS Publicidade e Propaganda

Revisão

A revisão linguística e ortográfica
é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos
para esta edição



Divisão da Editora UFMS - DIEDU/AGECOM/UFMS

Av. Costa e Silva, s/nº - Bairro Universitário, Campo Grande - MS, 79070-900
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Fone: (67) 3345-7203
e-mail: diedu.agecom@ufms.br

Editora associada à



ISBN: 978-65-990185-4-1

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

As diretivas antecipadas de vontade e o papel do médico: uma reflexão teórica 07

CAPÍTULO 2

Autonomia e consentimento esclarecido no contexto das pesquisas médicas..... 21

CAPÍTULO 3

Dificuldades enfrentadas pelos deficientes físicos no acesso à saúde 38

CAPÍTULO 4

Influência da raça/cor no atendimento à saúde reprodutiva da mulher: uma reflexão teórica 47

CAPÍTULO 5

Riscos do uso de agrotóxicos para a saúde na ótica do princípio da não maleficência 59

CAPÍTULO 6

Reflexão teórica sobre as implicações do racismo na saúde mental 74

CAPÍTULO 7

Determinantes ambientais e o processo saúde-doença: a questão do saneamento básico 88

CAPÍTULO 8

Atuação do profissional de saúde na redução dos riscos respiratórios advindos da poluição atmosférica 100

CAPÍTULO 9

Acesso de deficientes auditivos aos serviços de saúde: comunicação e autonomia 109

CAPÍTULO 10

Desafios e perspectivas na promoção da atenção à saúde dos deficientes: uma reflexão teórica 123

CAPÍTULO 11

Disparidades étnico-raciais no contexto da atenção em saúde: uma reflexão teórica 140

CAPÍTULO 12

Desafios para a efetivação da atuação do profissional da saúde no contexto indígena 152

CAPÍTULO 13

Iniquidades na atenção à saúde da população negra no Brasil 163

CAPÍTULO 14

Resíduos sólidos de serviços de saúde como determinantes ambientais no processo saúde-doença: uma reflexão teórica 174

CAPÍTULO 15

Os impactos do código de Nuremberg na ética em pesquisa com seres humanos no Brasil: uma reflexão teórica 187

CAPÍTULO 1

AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E O PAPEL DO MÉDICO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Bruno Barbosa Vilela¹, Matheus Marcelino Redigolo¹, Matheus Fabiano Ribeiro¹, Jacqueline Resende Boaventura², Juliana Dias Reis Pessalacia³

RESUMO

Objetivo: Apresentar uma reflexão crítica acerca do papel do médico na garantia dos direitos dos pacientes, com enfoque nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), no contexto de terminalidade da vida. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada no princípio da Dignidade da Pessoa Humana, presente na Constituição Federal Brasileira, e também na Resolução n° 1995/12, do Conselho Federal de Medicina, que permite ao paciente registrar seu testamento vital no prontuário médico. **Resultados e Discussão:** Os valores sociais e morais modificaram-se com o decorrer do tempo. Com o alargamento da pirâmide etária e as inovações tecnológicas no âmbito da medicina, a morte, que era condição natural, tornou-se um tabu na sociedade ocidental, constituindo-se tema central nos debates bioéticos. Neste contexto, surgem as DAVs com o objetivo de garantir os desejos do paciente e assegurar o princípio de autonomia do enfermo. Dessa forma, o papel do médico é imprescindível no contexto da terminalidade da vida, pois o mesmo é detentor da informação que garante a realização do desejo do paciente, responsável por executá-la, revelando, assim, sua importância como conciliador do processo saúde-doença. **Conclusão:** É clara a necessidade de discussão para a implementação legal, ou seja, regulamentação das DAVs, visto que atualmente são pouco conhecidas pela grande maioria da população, bem como impõem dilemas éticos no cotidiano da

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Professora Associada II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

prática médica. Além disso, o médico tem papel crucial nesse contexto, tanto na luta por essa implementação, quanto na garantia de que os direitos à autonomia e à escolha de pacientes no que tange os tratamentos de saúde sejam respeitados.

Descritores: Diretivas Antecipadas; Papel do Médico; Bioética; Autonomia Pessoal.

INTRODUÇÃO

Observa-se que com o processo de transição demográfica, com consequente alargamento do topo da pirâmide etária, vem aumentando a incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e degenerativas, que exigem maior cuidado, acompanhamento e intervenções. Nesta conjuntura, tem-se iniciado intensos debates em países latino americanos, inspirados nas discussões ocorridas na América do Norte, acerca da criação de legislações que assegurem o direito de escolha a tratamentos para os pacientes que sofrem de condições fora de possibilidades terapêuticas de cura (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORITZ, 2018). Nesse contexto, surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), existentes no Brasil como Testamento Vital (TV), onde a partir das quais, possibilita-se a expressão das vontades e desejos de pacientes no final da vida, acerca dos procedimentos médicos (COGO; LUNARDI, 2018).

Assim, sabe-se que com o advento da sociedade moderna, a ‘morte’ vem passando por um processo de judicialização. Tal processo mostra-se através da mudança de paradigmas em relação a seu conceito, onde anteriormente era concebida como o fim da vida, passando atualmente a ser reivindicada enquanto direito, tomando proporções jurídicas (HASEGAWA *et al.*, 2019).

A partir da manifestação antecipada da vontade do paciente, pode-se garantir que o mesmo decida como conduzir os últimos momentos de sua vida, objetivando-se o resgate dos princípios éticos e jurídicos da Au-

tonomia e da Dignidade Humana (BUSSINGUER; BARCELOS, 2017).

Neste cenário, destaca-se a expansão da Bioética enquanto ciência que busca uma fusão entre os saberes biotecnológicos e os valores humanos, com importantes implicações para a ética médica. Dessa forma, o ato de morrer vislumbra-se não mais somente no direito do homem ter o controle de sua própria vida, mas também no direito de controlar a sua morte (PESSINI, 2016).

Em uma pesquisa realizada em território nacional, constatou-se que o médico, em geral, raramente consegue respeitar a escolha de seu paciente, mesmo que de forma escrita, quando a família é contrária a esta vontade (COGO *et al.*, 2016).

Afinal, considera-se que vontade de se viver mais, com qualidade, é uma questão extremamente atual, ao mesmo tempo em que o excesso do uso de aparatos tecnológicos tornou o ato de morrer algo mecânico. Nesse contexto, possibilita-se através das DAVs, a transformação do ato de morrer em algo mais humanizado (COGO *et al.*, 2017).

No Brasil, assegura-se a partir do artigo 2º da Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o direito dos pacientes a terem suas DAVs respeitadas pelo médico, quando inconscientes ou incapazes de se comunicar (CFM, 2012). Também encontra-se tramitando no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 149 de 2018, que estabelece a possibilidade de toda pessoa maior de 18 anos, e capaz, declarar antecipadamente, o seu interesse de se submeter ou não a tratamentos de saúde futuros, caso se encontre em fase terminal ou acometido de doença grave ou incurável (BRASIL, 2018).

Assim, busca-se a partir deste capítulo, refletir sobre o papel do médico na efetivação dos direitos do paciente, com enfoque para as DAVs, no contexto da terminalidade da vida.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III, Constituição da República Federativa do Brasil), bem como da autonomia privada (princípio implícito no art. 5º), a proibição constitucional de tratamento desumano (art. 5º, III) (BRASIL, 1988) e a resolução nº 1995/12 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012). Além disso, fundamentou-se no referencial bioético do Respeito à Autonomia, proposto através do Modelo Principlista proposto por Tom Beauchamp e James Childress, na obra literária Princípios de ética biomédica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo foi fundamentado na Constituição Federal Brasileira de 1988, que expõe as garantias fundamentais para a soberania do cidadão, e eventualmente, do paciente. Tais direitos da população, que devem ser segurados pelo Estado, são evidenciados no artigo 1, inciso III; e no artigo 5, inciso III:

Art. 1º: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana;

Art. 5º: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

Além do mais, foram utilizados os princípios presentes no CFM, Resolução nº 1.995/2012, no que se refere ao papel do médico na efetivação das DAVs. Isso encontra-se descrito no artigo 2: “Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade”. Quanto ao princípio do Respeito à Autonomia descrito no modelo Principalista, conceitua-se como: “o governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada”(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.138).

Considera-se ainda como condições essenciais para o atendimento a este princípio: “(1) a liberdade (independência de influências controladoras) e (2) a qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente)” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.138).

Assim, a autonomia dos cidadãos manifesta-se através dos preceitos da escolha, da igualdade e da liberdade, trabalhando em conjunto com o papel do médico enquanto conciliador do processo saúde-doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historicamente, a morte apresenta-se como fonte de preocupações e angústias para toda a humanidade. Antagônico ao significado de vida, como é popularmente conhecido, o ato de morrer constitui-se um fenômeno social vivido de diferentes formas e sob diferentes perspectivas, garantindo-se um caráter subjetivo e dependente do contexto histórico-cultural em que encontra-se inserido (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019).

Acredita-se que o modelo tradicional em que a morte era caracterizada como familiar, visto que ocorria dentro das casas dos indivíduos,

sendo partilhada com toda comunidade ao redor, tenha sofrido modificações a partir do século XX. Na contemporaneidade, tem-se transferido o ato de morrer para os hospitais, onde, com os avanços tecnológicos e biomédicinas, produz-se uma morte medicamente mecanizada e controlada por horários, procedimentos e intervenções diversas (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019).

Constata-se que tais avanços tecnológicos têm possibilitado avanços no bem-estar de pacientes em estado terminal nos hospitais e que inegavelmente tem-se aumentado a longevidade de inúmeras pessoas. Porém, sabe-se que o ato de se prolongar a vida artificialmente também repercute no agravamento do sofrimento (MOREIRA *et al.*, 2017).

Evidencia-se a partir de um estudo realizado com acadêmicos de medicina sobre suas opiniões em um possível caso de paciente em terminalidade, que 97,3% dos entrevistados posicionaram-se favorável em fornecer Cuidados Paliativos (CP) com o intuito de tornar os últimos dias do doente menos sofrido, não prolongando uma vida sem possibilidade de recuperação além da normalidade (MENDES *et al.*, 2019).

Um estudo realizado junto a pacientes em instituições de longa permanência, com o objetivo de investigar a prevalência de DAVs e a associação com fatores sociodemográficos, identificou que 32,5% dos 1384 residentes falecidos nas instituições tinham uma DAV e que diretriz mais comum, foi a Ordem de Não Reanimação (ONR) em caso de Parada Cardiorrespiratória (PCR) (ANDREASSEN *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado na Nova Escócia, com o objetivo de estimar a prevalência de falecidos com DAVs e procurações duráveis, identificou que, em geral, 56,3% dos falecidos tinham uma DAV documentada e 67,6% tinham uma procuração durável (DIGOUT *et al.*, 2019).

Um estudo chinês com o objetivo de explorar se pacientes portadores de DCNTs que não fossem o câncer, estariam dispostos a assi-

nar suas próprias DAVs em uma clínica especializada em CP, sob uma abordagem de equipe multidisciplinar, identificou que de 566 pacientes atendidos, 119 completaram suas DAVs (CHENG *et al.*, 2019).

Portanto, sabe-se que prolongamento e isolamento da vida de uma elevada parcela de pacientes conduz ao desejo de uma morte rápida e ausente de sofrimentos junto aos familiares. Morrer com dignidade e possuir suas crenças e valores preservados mostra-se como um desejo inerente à maioria dos pacientes (HASSEGAWA *et al.*, 2019). Neste contexto, surgem as discussões sobre as DAVs, possibilitando ao paciente incapaz de se comunicar que sua autonomia seja preservada, respeitando suas vontades e escolhas acerca dos tratamentos e procedimentos a que pode ser submetido.

Entretanto, para a aplicação das DAVs no contexto de renúncia a tratamentos de conservação da vida num período de incapacidade, deve-se considerar “em que medida os desejos autônomos previamente expressados de uma pessoa devem ser considerados válidos e obrigatórios depois que a pessoa se torna incapaz ou morre” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 149). Questiona-se a possibilidade de as pessoas revogarem autonomamente suas decisões anteriores. Deve-se questionar em situações dilemáticas, se os pacientes encontram-se capazes para a tomada de decisão, psicologicamente e legalmente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Assim, sendo as DAVs instrumentos destinados à pacientes e que envolvem a participação do médico juntamente com o procurador nomeado, torna-se fundamental esclarecer a diferença entre o modelo de pura autonomia e o de julgamento substituto. Enquanto o primeiro refere-se aos pacientes autônomos, ou exclusivamente, àqueles que expressaram uma decisão autônoma e consciente, o segundo refere-se a pacientes que não possuem total capacidade de decidir por si próprio devido a enfermidade que o acomete, logo, cabe ao procurador adotar as

medidas cabíveis aos desejos do paciente em questão (HASSEGAWA *et al.*, 2019).

Diante das polêmicas e controvérsias em torno desse assunto, e entrando no contexto hospitalar, ressalta-se que neste cenário, além do paciente terminal, diversas outras pessoas encontram-se envolvidas no processo de tomada de decisão, tais como os familiares, que vivenciam emoções e sentimentos intensos, e devem participar de conversas e decisões junto à equipe de saúde (MOREIRA *et al.*, 2017). Entretanto, sabe-se que os familiares ainda apresentam um papel secundário nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), apesar de afetarem diretamente nas escolhas do médico, pois mesmo que apresentem confiança na equipe médica, tendem a preferir que os seus familiares em terminalidade da vida permaneçam em tratamento intensivo. Comprova-se a partir do estudo de Gomes *et al.* (2018), que os médicos geralmente têm dificuldade em lidar com situações em que estejam contra a vontade dos familiares. Nesse sentido, a falta de harmonia entre os envolvidos pode prejudicar o bem-estar do doente, sendo as DAVs de grande relevância nesses casos.

Nesta conjuntura, nota-se que os quatro princípios da Bioética Principlista (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) vêm sendo substituídos pelo que se conhece como Bioética Personalista, a qual baseia-se na integralidade do cuidado, estabelecendo o paciente como um ser de valores absolutos, que devem ser respeitados e garantindo-se seu direito de liberdade como cidadão (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019). Contudo, para garantir a autonomia do paciente em terminalidade, tornam-se necessários padrões específicos para uma boa prática clínica em relação às DAVs, pois o médico pode deparar-se com situações que fogem à sua zona de conforto e ter sua percepção alterada, não se colocando no lugar do doente, e seguindo persistentemente com tratamentos desnecessários, ao invés de discutir outras possibilidades terapêuticas (HASSEGAWA *et al.*, 2019). Além disso, a ausência de

um código regulamentador sobre as DAVs, mostra-se como um fator limitador de seu uso, visto que muitos médicos evitam o preenchimento do documento por receio de processos judiciais (MENDES *et al.*, 2019).

No Brasil, em 2012 as DAVs foram inseridas na Resolução CFM 1.995/2012 com o objetivo de orientar a atuação médica em situações de terminalidade, assegurando-se a autossuficiência do paciente, bem como a preservação da integridade humana (COGO, 2018). Propõe-se as DAVS a partir de tal resolução, como um conjunto de vontades, expressas pelo doente, em relação a tratamentos e cuidados que deseja, ou não, receber quando estiver incapaz de manifestar suas vontades. Considera-se também, a probabilidade de o paciente nomear um representante, a fim de que suas exigências sejam acatadas na ocasião em que o mesmo não mais puder pronunciá-las (COGO, 2018). Neste contexto, as DAVs constituem-se normas orientadoras e integradoras do cuidado, entendidas pelos profissionais de saúde como princípios capazes de garantir a soberania dos pacientes (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

Entretanto, mesmo diante das orientações do CFM os médicos não apresentam respaldo jurídico perante às DAVs, pois não há uma lei específica que regule tal documento no Brasil. Desde 2018, encontra-se em tramitação no Senado Federal Brasileiro, o Projeto de Lei 149 de 2018 que disciplina as DAVS acerca dos tratamentos de saúde. O art. 2º, parágrafo I, deste projeto define as DAVs como:

Manifestação documentada por escritura pública, sem conteúdo financeiro, da vontade da pessoa declarante quanto a receber ou não receber determinados cuidados ou tratamentos médicos, a ser respeitada quando ela não puder expressar, livre e autonomamente, a sua vontade (BRASIL, 2018).

Assim, nota-se que as DAVs ainda não são uma prática comum

no Brasil, não somente pelo fato de não existirem legislações pertinentes, mas pelo fato de a morte ainda constituir-se um tabu no país. Torna-se necessária a abordagem da temática na formação do profissional de saúde, através de conteúdos e metodologias e vislumbrem a reflexão crítica acerca da temática no contexto dos CP. Um estudo realizado junto a estudantes da área de saúde, como o objetivo de avaliar as contribuições do uso do modelo Death Café como um fórum para engajar estudantes em discussões sobre morte e morrer, identificou que o evento proporcionou uma oportunidade para os indivíduos se reunirem em um ambiente informal para trocar pensamentos sobre questões associadas à morte, morte, perda e doença. Vinte e quatro participantes de cinco disciplinas participaram das discussões e relataram experiências positivas, além de desejarem aprender mais sobre as questões que cercam a morte e o morrer (NELSON *et al.*, 2018).

Sabe-se que a consciência acerca da Morte e o Morrer impactam na concepção de profissionais e da sociedade quanto aos CP. Assim, torna-se necessária uma mudança cultural em nossa sociedade, com o objetivo de discutir o processo de morte e morrer de forma mais ampla, começando com os currículos dos cursos de graduação na área de saúde, onde a morte ainda é pouco trabalhada. Neste sentido, a percepção de assistência centrada no paciente, passa pela concepção de que a morte pode ser nossa amiga, no sentido de se promover o alívio máximo do sofrimento e da incapacidade frequentemente suportados, com o envelhecimento populacional (LAKASING, 2014).

Finalmente, o apoio médico a pacientes em terminalidade de vida, torna-se um dever profissional, dada a persistente cultura curativista de nossa sociedade, que sempre busca a cura e teme a discussão e o planejamento da morte, tendo como consequência a morte com isolamento e dor, longe da família. Ressalta-se a importância da assistência médica domiciliar, possibilitando-se que um número maior de pacientes possam

morrer a 'boa morte' em casa, cercadas por entes queridos. Tais atitudes implicam na utilização do papel educativo do profissional, no sentido de se eliminar um dos poucos tabus remanescentes, encorajando, por exemplo, a abertura e a honestidade sobre o que eventualmente acontecerá com todos nós (LAKASING, 2014).

CONCLUSÃO

A morte está presente em todas as culturas desde a antiguidade, e vem passando por um constante processo de mudanças ao decorrer do tempo. Na sociedade moderna, com o advento de novas tecnologias hospitalares, muitas vezes os esforços para postergar a morte vêm acompanhados de um aumento também no sofrimento dos pacientes. Portanto, pode-se entender o papel do médico na aplicação das DAVs como essencial, pois é ele que detém o conhecimento e o preparo necessário para lidar com a morte, quebrando todo o tabu que a envolve, atuando ativamente para que o bem-estar, a autonomia e o direito de escolha do paciente sejam respeitados. Dessa maneira, é essencial a presença de um elo de confiança bem estabelecido na relação médico-paciente.

Nesse sentido, fica claro a necessidade de discussão das DAVs, visto que apresentam-se, ainda, como conceito pouco difundido e esclarecido, em sua essência, para a grande maioria da população. Assim sendo, é necessária a ampla consulta pública acerca do Projeto de Lei nº 149, em pauta no Congresso, a fim de se buscar possíveis consensos na sociedade brasileira, possibilitando-se a minimização dos conflitos éticos na tomada de decisões pelo profissional médico, já que um dos principais impasses enfrentados por estes é justamente o medo de terem consequências jurídicas, devido a inexistência de um amparo legal para suas decisões.

Ademais, é primordial que haja um amplo debate sobre a questão nas universidades brasileiras, bem como em todo o meio médico e acadê-

mico em geral, de forma a engajar os estudantes, residentes e profissionais de medicina a compreenderem e lutarem pela regulamentação das DAVs, pois a falta de normatização impõe dilemas éticos no cotidiano, e muitas vezes, constituem barreiras no tratamento adequado dos pacientes. Assim, a disciplina de Bioética se mostra indispensável na formação moral e social do acadêmico, pois leva à formação de uma visão crítica da realidade, e o debate é uma ferramenta a ser utilizada nesse sentido.

Em resumo, é dever do médico lutar para que haja uma regulamentação das DAVs no Brasil, bem como garantir sempre a autonomia e os direitos dos pacientes, visando não só tratar doenças, mas assegurar o bem-estar e amenizar o sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

ANDREASEN, P. *et al.* Advance directives in European long-term care facilities: a cross-sectional survey. **BMJ Supportive & Palliative Care**, London, online first, p. 1-10, 2019.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Projeto de Lei n. 149, de 2018 (do Senado Federal). **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>.

BUSSINGUER, E. C. A.; BARCELLOS, I. A. O Direito concreto à morte em face à proteção do Direito à vida: uma reflexão sobre a constitucionalidade da resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. In: Bussinguer EC, organizadora. **Direitos humanos fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2017. p. 93-104.

CHENG, H. W. B. *et al.* Dealing With Death Taboo: Discussion of Do-Not-Resuscitate Directives With Chinese Patients With Noncancer Life-Limiting Ill-

nesses. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 36, n. 9, p. 760-766, 2019.

COGO, S. B. *et al.* Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017.

COGO, S. B. *et al.* Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1031- 1038, dez. 2016.

COGO, S. B; LUNARDI, V. L. Diretivas antecipadas: Uma análise documental no contexto mundial. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n. 1995 de 09 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf

DIGOUT, C. *et al.* Prevalence of Having Advance Directives and a Signed Power of Attorney in Nova Scotia. **Journal of Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 34, n. 3, p. 189-196, 2019.

DADALTO L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.

GOMES, B. M. M. *et al.* Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 429-439, 2018 .

HASSEGAWA, L. C. U. *et al.* Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 256-264, 2019.

LAKASING, E. Death's worsening taboo: is hampering the provision of high quality palliative care. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 64, n. 622, p. 243, 2014.

MENEZES, M. S.; FIGUEIREDO, M. G. G. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Porto Alegre, v. 68, n. 1, p. 1-10, 2017.

logia, Campinas, v. 69, n. 1, p. 72-77, 2019.

MENDES, M. V. G. *et al.* Testamento Vital: Conhecimentos e Atitudes de Alunos Internos de um Curso de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 25-31, Jun. 2019.

MONTEIRO, R. S. F; SILVA JUNIOR, A. G. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 86-97, 2019.

MOREIRA, A. D. M. *et al.* Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 168-178, 2017.

NELSON, K. E. *et al.* All Things Death and Dying: Health Professional Students Participating in the Death Café Model. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v.21, n.6, Jun. 2018.

NUNES, M. I; ANJOS, M. F. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-251, 2014.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

SCOTTINI, M. A; SIQUEIRA, J. E; MORITZ, R. D. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 440-450, 2018.

CAPÍTULO 2

AUTONOMIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO NO CONTEXTO DAS PESQUISAS MÉDICAS

Diana Madalena Bergamo¹, Giovanna Souza Moura¹, Heloísa Geminiano¹, Priscila Kelly da Silva Neto², Jacqueline Resende Boaventura³, Juliana Dias Reis Pessalacia⁴

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca dos desafios para o atendimento do princípio da autonomia no contexto das pesquisas médicas, sobretudo, no contexto das populações vulneráveis. **Métodos:** trata-se de uma reflexão teórica fundamentada no princípio bioético do respeito à autonomia, proposto no Modelo Princialista, com enfoque para as populações em situação de vulnerabilidade. **Resultados e Discussão:** destacam-se na história inúmeras pesquisas médicas que transgrediram não somente o princípio da autonomia, mas também beneficiaram-se da falta de conhecimento de populações em situação de vulnerabilidade, a fim de coagi-las à consentir com os procedimentos de um experimento. **Conclusão:** A fim de assegurar a dignidade do indivíduo que será submetido a uma experimentação, requer-se a melhoria da relação médico-paciente, através da adoção de um processo de consentimento livre e esclarecido e do cumprimento das normativas éticas para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Descritores: Direitos Humanos; Bioética; Ética em pesquisa; Consentimento livre e esclarecido; Autonomia pessoal.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Enfermeira Pós graduada em Auditoria e gestão em saúde pela Instituição de Ensino, Capacitação e Pós-graduação (INDEP),

³ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Associada II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

INTRODUÇÃO

A história da pesquisa médica envolvendo seres humanos, de forma inquestionável, desenvolveu-se pautada em ações e experiências dúbias, com diversos exemplos apoiados na utilização de populações sem capacidade de consentir, como prisioneiros, e no emprego de profissionais ou técnicas questionáveis. Dado isso, tornou-se de suma importância o surgimento das primeiras tentativas de conceituar e definir regulamentações para tais pesquisas, tendo em vista sua desvinculação do modelo paternalista fundamentado desde o juramento de Hipócrates (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2016).

Destaca-se que a primeira normativa ética para a pesquisa com seres humanos proposta pelo Ministério do Interior da Alemanha, apoiou-se na ideia da dignidade humana, definindo-se parâmetros de experimentação ainda em 1931 (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2016). No entanto, contraditoriamente, diante da emergência do fim da Segunda Guerra Mundial e da ocorrência de uma série de rompimentos graves na dignidade humana construiu-se um contexto favorável para a definição e exploração dos direitos humanos no campo internacional. Frente a isso, desenvolveram-se diversas normatizações internacionais, tais como o Código de Nuremberg e a Declaração dos Direitos Humanos, que, de maneira similar aos documentos que os precedem, buscam definir e delimitar conceitos para uma experimentação ética (COSAC, 2017).

O Código de Nuremberg surgiu em dezembro de 1946, tornando-se um marco para a regulamentação dos experimentos realizados em seres humanos, mesmo com a pré-existência de uma regulamentação ética para as pesquisas na Alemanha. Criou-se o código em resposta às práticas produzidas durante o período do nazismo, nos campos de concentração, onde realizavam-se pesquisas em humanos sem o atendimento de preceitos éticos, ocasionando, assim, atrocidades pautadas em violação física e psicológica dos submetidos a esses experimentos, desencadeando-se um

genocídio de mais de 6,2 milhões de pessoas em prol de um alegado progresso científico e médico (GRECO; WELSH, 2016).

A publicação da obra *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals* estabeleceu o Código de Nuremberg, tornando-se o primeiro documento a respaldar a proteção da dignidade humana na execução de pesquisas médicas. Assim, a normativa apresentou-se pioneira em delegar princípios éticos para testes com seres humanos e o respeito ao princípio básico da autonomia. Definiu-se, ainda, que o indivíduo que aceitar submeter-se a qualquer tipo de experimentação médica deve encontrar-se livre de coerção, intimidação, ameaça e fraude a fim de evitar-se a violação da autonomia individual (RODRIGUES FILHO *et al.*, 2014).

Posteriormente, em 1948, publicou-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), legitimada internacionalmente como cerne no reconhecimento da dignidade como inerente à vida, a partir da construção de um aparato normativo e jurídico. Estabelecendo-se como princípios básicos a proteção da integridade física e psicológica perante a malignidade humana. Frente a isso, tomando os direitos humanos como referencial, cabe a adoção de tais medidas para a realização da experimentação médica. Ademais, o Código de Nuremberg e a Declaração Universal dos

Direitos Humanos têm propostas ético-jurídicas em comum que visam a proteção da pessoa humana, sendo de fundamental importância para o embasamento da bioética e seguridade da pessoa humana (ALBUQUERQUE, 2013).

O Código de Nuremberg em sua composição teórica e normativa delimita de maneira ampla e democrática os direitos do participante de pesquisa, todavia, após sua promulgação, entre a comunidade médica, formulou-se um cenário geral de desconfiança, fundamentado na visão de que tais recomendações eram úteis apenas para profissionais que não

praticavam bons julgamentos. Diante disso, a Associação Médica Mundial (AMM) em 1964, reuniu-se na 18ª Assembleia Médica Mundial, na Finlândia, com interesse em formular uma declaração que preservasse comportamentos que conferiam maior liberdade quanto aos procedimentos de pesquisa, os quais implicam na dissociação do princípio da autonomia (ALBUQUERQUE, 2013).

A Declaração de Helsinque, promulgada no encontro supracitado, propunha uma avaliação ética realizada com base em uma comissão própria e desvinculada de protocolos prévios. Nessa declaração, estabeleceu-se uma legitimidade baseada na proporcionalidade entre importância e riscos, além da qualificação do profissional condutor da pesquisa. No entanto, juntamente a isso, ainda foi notável certa desvinculação dos conceitos de dignidade humana e da obrigatoriedade do consentimento informado para a realização das pesquisas (ALBUQUERQUE, 2013).

Anos depois, em 1972, com a publicação de um artigo por Henry Beecher no *New England Journal of Medicine* descobriram-se 22 pesquisas em que ocorriam violações graves dos direitos humanos e ameaçavam a saúde dos seus participantes, destacando-se falta de protocolo e qualquer tipo de consentimento devidamente esclarecido, além do uso de populações vulneráveis, como ocorreu no Willowbrook State School of New York em que crianças com deficiência mental foram intencionalmente contaminadas com cepas de hepatite para a realização de estudos (LOPES, 2014).

Em 1972 torna-se público outro acontecimento importante, o caso de Tuskegee em que 400 homens afro-americanos e pobres foram deixados sem tratamento para a investigação do curso natural da sífilis, no qual buscou-se: ocultar qualquer tipo de informação sobre o que era realizado aos pacientes e oferecer recompensas financeiras como estímulo. Diante disso, fizeram-se necessárias revisões na Declaração de Helsinque, dentre os anos de 1964 a 2013, para coibir tais escândalos.

Essas modificações são embasadas, prioritariamente, na delimitação mais ampla acerca da atuação das comissões de ética (LOPES, 2014).

Diante da verificada fragilidade da Declaração de Helsinque, criou-se a Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental pelo senado estadunidense dos Estados Unidos da América (EUA), com intuito de coibir casos de violação similares aos citados. Por isso, em 1979 promulgou-se o Relatório de Belmonte, o qual, esclareceu os princípios básicos para tomada de decisão em pesquisas biomédicas nos EUA, sendo estes: respeito, beneficência, não maleficência, equidade entre os participantes de pesquisas, justiça e consentimento informado. Outrossim, o respeito desenrola-se em dois pressupostos no quais devem ser respeitados o papel do indivíduo como sujeito autônomo e a proteção daqueles com autonomia reduzida, o que leva, então, à institucionalização do consentimento informado e rejeição da tradição paternalista (LOPES, 2014).

A partir desse relatório nota-se uma grande adesão ao Principlismo, teoria clássica proposta por Tom Beauchamp e James Childress, constituindo-se como base para a maioria dos desdobramentos bioéticos da contemporaneidade. Neste modelo, substitui-se o princípio de respeito às pessoas pela autonomia e a beneficência subdividida para dar origem a não maleficência, que, em geral, tratam de gerar o máximo de bem com o mínimo de danos. Tal visão segue sendo dominante entre as comissões e grandes estudos bioéticos, no entanto, são encontradas grandes discordâncias e contestações a essa forma de raciocínio (MORAIS; MONTEIRO, 2017).

Assim, este estudo teve como objetivo geral, refletir acerca dos desafios para o atendimento do princípio da autonomia no contexto das pesquisas médicas, sobretudo, no contexto de uso de populações vulneráveis.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o Princípio da Autonomia descrito por Tom Beauchamp e James Childress, na obra *Princípios de Ética Biomédica* (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002), no Código de Nuremberg, de 1947 (WASHINGTON, 1949), na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466, homologada em 2012 (BRASIL, 2012) e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos três anos. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em *Princípios de Ética Biomédica* (1978), definiu-se pela primeira vez o respeito à autonomia enquanto princípio, considerando como um indivíduo autônomo, aquele que possui pleno domínio pessoal do eu, sem interferência de controle por outros ou de limitações pessoais que afete seu julgamento de escolha. Sendo que o respeito ao princípio depende do reconhecimento de que o sujeito autônomo tem direito a ter opiniões, a fazer escolhas e agir de acordo com suas crenças e seus valores (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Utilizou-se neste artigo, como norte para reflexão, o Código de Nuremberg (1947) que define os limites da experimentação humana, a fim de garantir que está siga os preceitos morais, éticos e legais que requer a prática médica. Define-se, ainda, os princípios básicos para garantir a segurança do participante de pesquisa, como: o consentimento esclarecido para participar do projeto, tendo direito às informações sobre os procedimentos, a duração e os riscos envolvidos no experimento, sem submeter o participante à coerção; deve-se evidenciar os benefícios à sociedade, que não possam ser atingidos por outras vias; o estudo deve

incluir experimentação animal prévia e conhecimentos sobre a doença; deve-se conduzir o experimento sem gerar danos, interrompendo-o sob a suspeita de ocorrer morte ou invalidez; o grau de risco deve ser compatível com a relevância do problema; somente pesquisadores capacitados podem conduzir pesquisas, responsáveis por suspender os procedimentos em casos de risco aos participantes, que podem retirar-se do experimento (WASHINGTON, 1949).

Além disso, utilizou-se como base a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Respeitando os documentos que asseguram a dignidade, à liberdade e a autonomia do ser humano, bem como o compromisso da ciência de melhorar a qualidade de vida da população e expandir seus conhecimentos, a Resolução CNS 466/2012: regulamenta as pesquisas científicas envolvendo seres humanos realizadas em território nacional, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado; define os fundamentos éticos que devem ser atendidos na pesquisa, determinando os parâmetros e as exigências que devem ser respeitados. Apresenta o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de garantir o respeito à autonomia do participante, através das etapas de esclarecimento sobre a pesquisa e dos parâmetros para elaboração do termo de consentimento; orienta sobre a reflexão acerca dos riscos e benefícios da pesquisa; regula o protocolo e a submissão das pesquisas aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), bem como delimita as atribuições e o método de análise destes protocolos (BRASIL, 2012).

Vale destacar que, no contexto da vulnerabilidade de pacientes em pesquisas médicas, Beauchamp e Childress (2002) descrevem que o papel duplo de cientista-pesquisador e de médico-clínico levam a direções diferentes e trazem obrigações e interesses conflitantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidencia-se que a partir do Código de Nuremberg definiu-se o princípio da autonomia dos indivíduos submetidos a pesquisas biomédicas e, por conseguinte, o consentimento esclarecido. Porém, discutiu-se a necessidade das escolhas do indivíduo mediante as opções apresentadas, livres de quaisquer tipos de coerção, com a finalidade de garantir o princípio supracitado. Porém, ao respeitar a autonomia faz-se necessário respeitar o ser psíquico e social (LOPES, 2014).

Mostra-se clara a importância do princípio da autonomia na realização das experimentações, pois somente o princípio da benevolência, proposto por Hipócrates, torna-se insuficiente na luta contra as atrocidades com seres humanos. Além disso, enfatiza-se que mesmo após a promulgação do princípio da autonomia pode ocorrer uma atenuação dessa, visto que, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) reverbera que a autonomia não se encontra em sua totalidade, já que situações adversas podem interferir nesse contexto (COSAC, 2017).

Diante disso, a autonomia mostra-se preponderante no que diz respeito à relação médico-paciente que, anteriormente, pautava-se no conceito paternalista de medicina, no qual o médico possuía o poder de decisão, bem como o veredito do tratamento que o paciente deveria submeter-se ou procedimento biomédico. Tradicionalmente, a ação médica de arbitrariamente decidir o que é melhor para os que estão, ou estarão, sob seus cuidados apoiava-se somente nos princípios da beneficência e não maleficência. Pois, desconsiderava-se a autonomia da pessoa humana e informações inerentes ao paciente (CAMPOS, 2017).

Contudo, a medicina contemporânea apoia-se no ensino acadêmico focado no modelo biomédico, priorizando-se bases puramente técnicas e utilitaristas. Padrão este construído desde o século XX com base nos pensamentos de Flexner, no qual se volta para uma segmenta-

ção das áreas do conhecimento, algo que fragmenta a visão do paciente a diversos sistemas biológicos e desconsidera as suas necessidades como indivíduo dotado de crenças, cultura e escolhas. Neste contexto, no que tange a capacidade do profissional de aplicar conceitos básicos na relação médico-paciente, percebe-se uma dificuldade na criação de um vínculo de confiança e informação entre ambas as partes, o que decorre justamente de uma formação que não insere significados similares ao referencial técnico e psicossocial (ALBUQUERQUE, 2015).

Diante de um contexto de aplicação dos conceitos éticos nas pesquisas clínicas, percebe-se, dentro do cenário de formação médica, que os currículos não contemplam habilidades de comunicação na relação médico-paciente e na pesquisa, o que tem culminado em falhas no processo de esclarecimento dos participantes de pesquisas. Tal situação, resulta na formulação de um consentimento implícito, dissociado da prática completa da autonomia individual, capaz de desvalidar a confiabilidade dos resultados de diversas pesquisas. Em decorrência do afastamento do paciente das deliberações acerca do seu caso, tendo em vista uma atitude paternalista do médico e da equipe que, em virtude do excesso de conhecimento, assumem para si uma responsabilização exacerbada, que supre a tomada de decisões por parte do participante e, por vezes, limita a transmissão bilateral de informações (ABREU; FORTES, 2014).

O conceito de autonomia dentro de uma pesquisa está sempre aliado a capacidade de escolha em uma realidade no qual o participante tem pleno acesso às informações para fundamentar sua decisão de maneira coerente. No entanto, frente a uma aplicação prática conflituosa, é evidente que tal preceito não é aplicado em sua plenitude, já que se observa uma dificuldade do indivíduo em compreender os conteúdos e objetivos da pesquisa a qual encontra-se inserido. Em geral, adota-se uma concepção limitada de autonomia a um momento único em que se obtém um consentimento estático e não como realmente

deve ser, um processo contínuo, onde ocorre um constante feedback e atualizações acerca de riscos e danos, no qual é garantido o direito de desistência em qualquer fase (PRADO *et al.*, 2015).

Diante dessas dificuldades de manejos, no Brasil a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) nº 466 (BRASIL, 2012), estabeleceu-se o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como uma maneira de regulamentar e guiar as ações éticas dentro da pesquisa no que tange a garantia da autonomia. Tal normativa estabelece um documento escrito que busca garantir e delimitar direitos e deveres de ambos os envolvidos, fundamentado na garantia de todas as informações necessárias no momento em que se assina tal normativa. Todavia, como se dispõe de uma visão deturpada do conceito de autonomia, o que se nota, na prática, é uma mera documentação para se eximir o pesquisador de responsabilidades e riscos, sem um manejo correto das diferenças culturais e sociais dos participantes (FEIJÓ *et al.*, 2018).

Dentre as dificuldades que limitam o uso do TCLE, torna-se importante a visão unitária desse termo, já que diversos pesquisadores não buscam aliar seu uso a outras formas de esclarecimento. Tal contexto compactua com a criação de um cenário de coerção com base no constrangimento individual, visto que diversos dos participantes, frente à forte influência social e 'status' do médico ou instituição que guiam a pesquisa, sentem-se coagidos de suscitar dúvidas e buscar informações, levando-os a assinar o termo, sem que antes tenham adquirido pleno conhecimento dos objetivos e benefícios do estudo o qual participam. Tais situações, descaracterizam totalmente o conceito de um consentimento fundado no esclarecimento, tendo em vista que o paciente perde seu poder deliberativo, portanto, sua autonomia, e seu direito de conhecer todo o processo a que está submetido (RODRIGUES FILHO *et al.*, 2014).

Ademais, esse cenário ainda abre espaço para a carência na con-

dução das diferenças que separam pesquisador e participante. No caso dos países em desenvolvimento, os participantes tornam-se vulneráveis principalmente pelo fato de apresentarem baixo grau de instrução, já que o TCLE, em sua maioria, utiliza termos científicos que são de difícil compreensão para a população leiga, principalmente, aquelas mais carentes. Logo, ao redigir termos que contenham clareza em sua linguagem evita-se distintas interpretações dentro de uma pluralidade de costumes e hábitos. Além de desenvolver outras ações didáticas que venham a se associar para permitir um total esclarecimento, como o uso de testes e vídeos, mas, principalmente, a participação do pesquisador como um elo entre a técnica e o participante. Pois, é papel do médico e da sua equipe incluir o indivíduo na tomada de decisões e nas conclusões acerca daquilo que é realizado, a fim de suscitar um desenvolvimento conjunto, com amplo entendimento dos objetivos, benefícios e possíveis danos decorrentes da pesquisa (RODRIGUES FILHO *et al.*, 2014).

Sendo assim, mostra-se válido relacionar a realidade prática ao conceito de vulnerabilidade, tendo em vista que indivíduos vulneráveis ou em situações de vulnerabilidade, apresentam-se frágeis em relação ao princípio da autonomia. Há uma variedade de situações que colocam o indivíduo em estado vulnerável, visto que são levados em conta critérios sociais, econômicos e políticos. Em princípio, ao que se relaciona ao TCLE é evidente a influência da relação desigual entre médico e paciente, em que o primeiro graças ao seu conhecimento técnico toma um papel central acerca das decisões, desconsiderando os interesses pessoais do participante da pesquisa, o que gera uma situação de desconforto e coerção acerca das decisões do indivíduo, levando a uma participação mesmo frente a falta de compreensão acerca dos processos a serem desenvolvidos. Por exemplo, em um estudo realizado por Lima *et al.* (2017), apenas 9 de 31 dos entrevistados sabiam identificar a pesquisa de que participaram e somente 9 de 12 disseram ter compreendido o documento que assinaram.

Em geral, as principais populações em que são identificados altos índices de vulnerabilidade são aquelas mais carentes e, portanto, com menos acesso a informação acerca de técnicas e especificidades da pesquisa. Diante disso, são comuns ações de pesquisadores e empresas farmacêuticas que utilizam do seu forte poder de influência para coagir a participação de populações vulneráveis, tendo em vista que, em sua maioria, essas são as únicas condições em que esses indivíduos têm acesso a qualquer tipo de tratamento, ou seja, não existe compreensão e nem autonomia particular nesses casos. Como na prática do *double standard* em que empresas multinacionais recorrem a populações de países em desenvolvimento para testar medicamentos. Por fim, ainda é padrão a utilização de grupos com limitações e capacidade cognitiva reduzida, como portadores de deficiência mental, em que o consentimento parte dos tutores, no entanto, é nesses casos em que ocorrem as maiores violações de autonomia, visto que, frente a posição do responsável como observador, é seguida uma tendência de aliar-se ao que foi estipulado pelas instituições de cuidado, em que não ocorre uma completa compreensão e são facilmente omitidos dados (COSAC, 2017).

Tomando como base algumas experiências realizadas, embora existam orientações que determinam a coordenação adequada para a realização de pesquisas com seres humanos, por meio de códigos e princípios, há pesquisadores que utilizam seus conhecimentos e poder de chefia para induzir possíveis participantes a assinarem o TCLE sem necessariamente esclarecer como serão conduzidos os estudos. Registrou-se, após o regime nazista, diversos abusos com participantes de pesquisa considerados populações vulneráveis, a fim de facilitar a persuasão durante as pesquisas (GRECO; WELSH, 2016). O Hospital Colônia de Barbacena, localizado em Minas Gerais, foi uma instituição que forneceu tratamentos psiquiátricos durante o período de 1930 à 1980 no Brasil. As pessoas internadas neste hospital constituíam-se principalmente de: negros, mulheres, homossexuais, epiléticos, entre outros indivíduos que

viviam à margem da sociedade na época, sendo que muitos destes não tinham transtornos mentais. A instituição era superlotada, os pacientes viviam em condições insalubres, nus, expostos ao frio e à doenças. Muitos pacientes estavam reclusos contra a sua vontade e eram submetidos a todos os tipos de tratamentos sem respaldo científico, como terapias de choque e duchas escocesas. Como resultado dessas ações, diversos indivíduos morreram durante sua permanência do hospital, estima-se que cerca 1853 corpos foram doados para faculdades de medicina das 60.000 vítimas (GRECO; WELSH, 2016).

Durante o período de 1946 a 1948, pesquisadores conduziram um experimento, apoiados pelo governo da Guatemala, com a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), como sífilis e gonorréia, por inoculações diretas ou pagando para profissionais do sexo para terem relações sexuais com os indivíduos que faziam parte da amostra de estudo. Esta era constituída por: prisioneiros, profissionais do sexo, soldados e pacientes psiquiátricos. Todos foram infectados sem o consentimento esclarecido, sendo que muitos deles não receberam o tratamento para a doença ao final da pesquisa (GRECO; WELSH, 2016).

Diante desse exposto, a fim de sanar os problemas apresentados, a linguagem do termo deve adaptar-se ao contexto do participante, de acordo com seu nível de escolaridade e aptidão para leitura, além disso, deve-se aplicar testes que avaliem o nível de compreensão do mesmo sobre os procedimentos e adotar medidas educativas para auxiliar na assimilação do participante, caso este não alcance um resultado mínimo. Sabe-se que a adequação da linguagem do TCLE, o acompanhamento periódico dos participantes, o uso de materiais instrucionais em vídeo ou de questionários interativos online, podem melhorar a compreensão dos participantes de pesquisas. Estas são medidas viáveis para assegurar a autonomia e a segurança do participante de pesquisa, respeitando-se os preceitos éticos da pesquisa e da medicina (RODRIGUES FILHO *et al.*, 2014).

Finalmente, ressalta-se que Processo de Consentimento Livre e Esclarecido por si só, não é suficiente para se justificar a realização de pesquisas na área médica, dada a vulnerabilidade do paciente no contexto da relações em serviços de saúde. Deve-se atentar para a justificativa ética na realização de tais estudos, observando-se como condições para a realização das mesmas: o conhecimento a ser gerado, o equilíbrio entre os riscos e benefícios, os prováveis benefícios para os participantes e para a sociedade, a seleção justa dos participantes e a real necessidade de se utilizar seres humanos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

CONCLUSÃO

Com base na discussão supracitada, nota-se que os principais desafios explicitados pela literatura na aplicação do princípio da autonomia, fundamentam-se no desenvolvimento da relação médico-paciente dentro de um contexto de formação acadêmica deficitária. Em tal contexto, é negligenciada a visão completa do indivíduo como um ser dotado de vontades e impressões, visto que as modificações curriculares acerca da aplicação de abordagens psicossociais são relativamente recentes e ineficientes. Outro fator é a utilização puramente técnica do TCLE, que em tese exerce papel fundamental no processo de consentimento, mas não único, como constatado na realidade.

Juntamente a tais elementos, destaca-se a importância da relevância social das pesquisas, visto que, a pesquisa deve proporcionar benefícios diretos, indiretos ou futuros aos participantes e/ou sociedade. Por fim, ainda é válido mensurar que o conceito de vulnerabilidade é dissociado das experimentações, pois as ações voltadas para coibir quaisquer tipos de coerção ou influência não são suficientes frente à variedade de situações que colocam o homem em estado vulnerável, principalmente, em estudos em que o pesquisador desconsidera as normativas éticas para a pesquisa com seres humanos. Frente a essas dificuldades, são ne-

cessárias algumas ações que envolvam maneiras de reduzir ou eliminar completamente as perturbações que comprometam a aplicação da autonomia. Em princípio, é crucial envolver medidas que modifiquem a formação acadêmica, buscando uma maior inclusão de práticas baseadas na perspectiva do indivíduo como um todo e em sua autonomia nos currículos. Além de matérias que abordem de forma ampla a bioética, a fim de formar médicos com maior capacidade comunicativa e empática. Dentro disso, ainda é crucial ampliar entendimentos acerca do TCLE para além de uma mera normatização, já que é fundamental, em qualquer situação, o papel do médico no fornecimento de informações que resguardem o consentimento esclarecido.

Igualmente, ainda no que tange ao TCLE, é de extrema importância o seguimento de tendências em que se preza por uma adequação na linguagem utilizada nos termos e que priorize o grau de instrução dos participantes, para reduzir as diferenças que se colocam entre pesquisador e pesquisado, sendo possível também serem associados vídeos ou questionários. Porém, como principal medida, é sempre primordial manter um canal de retorno no qual seja possível debater e esclarecer acerca do procedimento durante todo o processo de pesquisa, de forma didática e adequada a cada indivíduo. Finalmente, como providência vigilante do princípio de autonomia e das outras ações propostas, é imperativo ampliar as ações dos CEPS para além de uma função meramente deliberativa, com intenções a aumentar sua área de atuação e, conseqüentemente, possibilitar o desenvolvimento de um papel fiscalizador, capaz de acompanhar as condutas tomadas do começo ao fim no procedimento de pesquisa em seres humanos.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. B. B.; FORTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 299-308, ago. 2014.

ALBUQUERQUE, A. Os direitos humanos na formação do profissional de medicina. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 94, n. 3, p. 169-78, jul.-set. 2015.

ALBUQUERQUE, A. Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 412-422, dez. 2013.

ASSUMPCAO, C. *et al.* Compreensão do termo de consentimento em pesquisa clínica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 184-194, abr. 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CAMPOS, A. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, v. 2, n. 115, p. 13-45, jul.-dez. 2017.

COSAC, D. C. S. Autonomia, Consentimento e vulnerabilidade do participante de pesquisa clínica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 19-29, jan. 2017.

FEIJÓ, A. G. S. *et al.* Pesquisa clínica sob a ótica da integridade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 172-182, jun. 2018.

GRECO, D.; WELSH, J. Direitos Humanos, ética e prática médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 443-451, set. 2016.

LIMA, S. G. *et al.* Fatores associados ao aumento da vulnerabilidade de participantes de pesquisa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 358-370, ago. 2017.

LOPES, A. Bioética: uma breve história de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 262-273, fev. 2014.

MORAIS, T. C. A.; MONTEIRO, P. S. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 311-319, ago. 2017.

WASHINGTON, D.C. **Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals**. Control Council Law. v. 10, n. 2. Washington: [s.n], 1949.

PRADO, M. M.; RODRIGUES FILHO, E.; PRUDENTE, C. O. M. O princípio da autonomia como fundamento do consentimento livre e esclarecido. **Revista Estudos Vida e Saúde**, Goiânia, v. 42, n. 4, p. 613-625, out./dez. 2015.

RODRIGUES FILHO, E.; PRADO, M. M.; PRUDENTE, C. O. M. Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 325-336, ago. 2014.

CAPÍTULO 3

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS DEFICIENTES FÍSICOS NO ACESSO À SAÚDE

Paula Rayane Oliveira souza¹, Thales Fernandes de Castro¹, Priscila Balderrama²

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca dos aspectos relacionados ao acesso à saúde da população com deficiência motora. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. **Resultados e Discussão:** Apesar da garantia legal do atendimento integral aos deficientes físicos, essa parcela da população ainda sofre com as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, principalmente no âmbito da acessibilidade estrutural. Tal conjuntura, além de acarretar constrangimento ao usuário e marginalização social, resulta também no desrespeito aos princípios da integralidade, equidade e autonomia. **Conclusão:** Recomendam-se, dessa forma, intervenções quanto à melhoria da mobilidade urbana, adequação das unidades de saúde em conformidade com as leis e políticas de saúde, bem como a qualificação de profissionais visando um atendimento integral.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde, Sistema Único de Saúde, Pessoas com deficiências.

INTRODUÇÃO

Estima-se que no Brasil cerca de 23,9% da população tenha pelo menos um tipo de deficiência, sendo que a deficiência motora corresponde a 2,3% da população total (IBGE, 2010).

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

A deficiência, tanto no contexto nacional quanto internacional, compõe um espaço progressivo de ativismo político. A politização dos deficientes físicos ganhou força junto aos movimentos sociais no final dos anos sessenta, momento em que grupos específicos, como mulheres e negros, passaram a reivindicar seus direitos. Uma das maiores críticas estava relacionada ao conceito de deficiência, até então, definido estritamente sob um viés biomédico, utilizado na Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (GALDENZI; ORTEGA, 2016).

Após revisão, em 2001, foi aprovada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que trouxe um caráter sociológico e político para o termo deficiência, marcando um modelo interpretativo com foco nas barreiras e na restrição de participação na sociedade de pessoas com limitações (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) da qual o Brasil é signatário define as pessoas com deficiência como:

“[...] aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e legítima na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas [...]” (BRASIL, 2014, p. 26).

Foi definido pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Resolução 45/91, atingir, no ano de 2010, uma sociedade inclusiva. Contudo, trata-se de uma meta ainda muito difícil de ser alcançada, dado que as pessoas com deficiência enfrentam muitas dificuldades, sejam elas de ordem social, econômica e cultural. Aliada a estas dificuldades, acrescenta-se a falta de acessibilidade estrutural (BOCCOLINI, 2017).

Em relação às pessoas portadoras de deficiência motora, cujas restrições exigem um meio de transporte conveniente ao seu deslocamento,

a questão do acesso aos serviços de saúde fica ainda mais complicada. Há circunstâncias em que mesmo conseguindo o agendamento do atendimento o usuário não tem possibilidades de se deslocar até a localidade, seja por questões financeiras e/ou físicas, o que pode complicar seu quadro clínico (HOLANDA *et al.*, 2015).

Sendo assim, as pessoas com deficiência motora têm sua vida social restrita ao convívio familiar, com muitas limitações para inserção nos demais grupos, ficando muitas vezes, em condição de isolamento social (BARBOSA, 2016).

Assim, este estudo teve como objetivo refletir acerca dos aspectos relacionados ao acesso à saúde da população com deficiência motora.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, cujo referencial teórico adotado para sustentar a discussão acerca dos aspectos relacionados ao acesso à saúde das Pessoas com Deficiência (PcD), em especial, as motoras, dá-se a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais, Scielo, Lilacs e Medline, nos últimos três anos.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência possui, como propósitos gerais, um extenso grupo de ações que vai desde a proteção e prevenção de agravos da saúde, até a reabilitação e inserção da pessoa portadora de deficiência em todos os contextos da vida social. Uma das diretrizes da política visa o fortalecimento dos movimentos institucionais, buscando a melhoria do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis a esses usuários no Sistema Úni-

co de Saúde (SUS), a fim de efetivar o acesso à saúde (HILGEMBERG; LEMOS; GOMES, 2018).

Dessa forma, a PNSPD coloca em pauta os direitos conquistados pelos pacientes com limitações e descreve as possíveis ações para mitigar as dificuldades de acesso (BRASIL, 2002).

Trata-se de uma política pública de extrema relevância, com grandes dificuldades para sua concretização, mas que viabiliza caminhos para enfrentar as situações desafiadoras e implementar uma rede de atenção eficiente para essa determinada população (BRASIL, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A deficiência está associada ao impedimento, físico, sensorial, mental e intelectual, que resulte em limitações consideráveis para a pessoa realizar uma ou mais atividades importantes de sua vida. A definição de deficiência ainda é laboriosa, pois engloba componentes complexos, dinâmicos e multidimensionais, sendo histórica e socialmente determinada. Não se pode falar o termo de forma subjetiva e generalista, mas sim, em pessoas com deficiência, que são das mais diversas sociedades, classes sociais e culturais (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), a avaliação da deficiência deve ser médica, ressaltando as funcionalidades e estruturas do corpo e também social considerando os aspectos ambientais e pessoais associados (GALDENZI; ORTEGA, 2016).

Portanto, deve-se tratar de todas as pessoas com deficiência de forma individual, sabendo que está possui um contexto de vida único e que as possibilidades dela enfrentar essa condição e as limitações às quais estará submetida estão relacionadas à sociedade em que vive e suas relações (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

No que é relativo aos direitos que estão sendo assegurados aos deficientes e respectivas conquistas sociais, merece destaque as críticas sobre a acessibilidade aos serviços de saúde (GALDENZI; ORTEGA, 2016).

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) tem extrema relevância, por se tratar da porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, tendo a Saúde da Família (SF) como sua estratégia prioritária, aproximando os serviços dos indivíduos, comunidades e famílias (BRASIL, 2017).

A acessibilidade é um direito dos portadores de deficiências fundamentado nos direitos humanos. No Brasil, é regulamentada pela Norma Brasileira (NBR) 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Constitui-se de um direito universal, alicerçado no direito constitucional de igualdade (AZEVEDO, 2015).

O SUS consolidou o direito universal à saúde, propiciando a inserção das demandas dos portadores de deficiência às políticas públicas de saúde (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018). Contudo, a maioria das iniciativas voltadas a esse público tem ocorrido em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso de qualidade, por uma ausência de articulação entre os serviços de saúde, refletindo em uma atenção fragmentada e pouco resolutiva (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Com a instituição da rede de cuidados da pessoa com deficiência, evidencia-se a necessidade de aperfeiçoamento na integração entre os pontos de atenção do sistema de saúde, bem como a necessidade incrementar o acesso das pessoas com necessidade especiais nos serviços de reabilitação disponíveis (MACHADO *et al.*, 2016).

Segundo Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), há baixa procura por serviços da rede pública de saúde por pessoas portadoras de alguma deficiência, sendo menos de 5% por parte dos deficientes visuais; 18,4% dos deficientes físicos, e 30% dos portadores de deficiência intelectual.

Outro dado relevante é que os percentuais mais elevados de deficiência intelectual, física e visual foram encontrados, na população que possui somente o ensino fundamental ou sem instrução nenhuma. Pondera-se que esse grupo está sujeito a várias dificuldades, dentre elas a acessibilidade aos serviços públicos de saúde, prejudicando assim sua integração social (VARGAS *et al.*, 2016).

Sobre os portadores de deficiência motora, identifica-se muitas barreiras de acesso em relação a ruas e avenidas mal conservadas, esburacadas, desniveladas, com escombros e lixeiras nas calçadas, impedindo a livre circulação e a integridade das pessoas que transitam. Também dificultam o trajeto de pessoas obesas, idosas e principalmente das pessoas que utilizam auxílios para locomoção, como cadeiras de rodas, bengalas, muletas andadores, dentre outros. Desse modo, a urbanização das vias públicas necessita ser planejada e efetuada de maneira que as tornem acessíveis à população portadora de deficiência (AZEVEDO *et al.*, 2015).

É essencial destacar que a assimilação e a cobrança por estratégias de acessibilidade devem ser da população como um todo e não apenas das pessoas com deficiência e suas famílias (BARBOSA, 2016).

Especialmente no âmbito da saúde pública, constata-se que o cuidado direcionado a essa parcela da população apresenta significativas fragilidades, o que os coloca à margem do sistema de saúde (HILGEMBERG; LEMOS; GOMES, 2018).

Da mesma forma, vale ressaltar que a introdução de uma coordenação da qualidade no atendimento de saúde requisita o engajamento de toda estrutura administrativa quanto às alterações necessárias para tal resolução, pois é preciso empenho permanente para integrar, em toda a equipe e níveis hierárquicos, as concepções da busca pelo aperfeiçoamento contínuo (MACHADO *et al.*, 2016).

Além disso, faz-se necessário também a avaliação contínua da formação dos profissionais de saúde, da infraestrutura das unidades de saúde e dos serviços prestados, a fim efetivar as práticas e ações descritas na normatização vigente (HILGEMBERG; LEMOS; GOMES, 2018).

Destarte, evidencia-se que embora a legislação relacionada ao direito das pessoas com deficiência seja bem elaborada, na prática, ainda não é satisfatoriamente implementada, necessitando uma maior fiscalização para que se promovam as intervenções facilitadoras do acesso oportuno e equitativo, gerando a inclusão social (HILGEMBERG; LEMOS; GOMES, 2018).

CONCLUSÃO

As pessoas com deficiência necessitam de adequado tratamento, em conformidade com o previsto na legislação.

Ao poder público cabe a promoção de intervenções múltiplas, dentre as quais pode-se ressaltar a melhoria da mobilidade urbana, da estrutura física das unidades públicas de saúde e adequada formação dos profissionais.

Em relação a mobilidade urbana, entende-se ser necessário a implantação de vias públicas acessíveis, com a instalação de elevadores, rampas acessíveis, semáforos com sistema sonoro e redução de obstáculos nas vias de acesso.

De mesmo modo, é urgente a adequação arquitetônica das unidades de saúde e formação dos profissionais, a fim de que estejam preparados para o cuidado em relação ao tipo de deficiência e padrão de sequelas decorrentes.

Cabe ao médico e aos demais profissionais, intervir de maneira equânime no cuidado à saúde de pessoas com limitação física, sensorial

e intelectual. Para tanto, sugere-se mais estudos relacionados aos diferentes consequências causadas pelas deficiências, que podem impactar de maneiras distintas na saúde e na vida das pessoas.

Por fim, entende-se que para mitigar as dificuldades enfrentadas pelos deficientes é indispensável reforçar a participação da sociedade civil organizada na luta pelos direitos conquistados, gestores e trabalhadores, colocando em pauta as políticas públicas de saúde relacionadas, ainda ignoradas por grande parcela da população.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, T. R. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. **Revista Eletrônica Trimestral de enfermagem**, Goiânia, n. 37, p. 319-327, jan. 2015.

BARBOSA, A. S. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 142-154, jan./abr. 2016.

BOCCOLINI, P. M. M. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3537-3546, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.p

BRASIL. **Portaria GM/MS nº1060 de 05 de Junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. BRASIL. **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência** /Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Defi-

ciência (SNPD). Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência : SNPD –SDH-PR, 2014.

DUBOW, C; GARCIA E. L; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455- 467, abr./jun. 2018.

GALDENZI, P; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3061- 3070, jun. 2016.

HILGEMBERG, A; LEMOS, J. R. D; GOMES, J. R. Evidências preliminares da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nas unidades básicas de saúde em uma cidade do Estado do Paraná, Brasil. Revista Atenção à Saúde, **São Caetano do Sul**, v. 16, n. 55, p. 57-63, jan./mar. 2018.

HOLANDA, C. M. A. *et al.* Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 175-184, out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

MACHADO, A. C. W. *et al.* Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3161-3170, jun. 2016.

MISSEL, A.; COSTA, C. C; SANFELICE, G. R. Humanização da Saúde e Inclusão Social no Atendimento de Pessoas com Deficiência Física. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 575-597, mai./ago. 2017.

NOGUEIRA, G. C. *et al.* Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3131-3142, jun. 2016.

VARGAS, S. C *et al.* Assistência à saúde da pessoa com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 1, p. 224-234, out. 2016.

CAPÍTULO 4

INFLUÊNCIA DA RAÇA/COR NO ATENDIMENTO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Maria Luiza Garcia Trajano dos Santos¹, Letícia Ferreira Queiroz de Sousa¹, Rene Oto da Silva Conceição Mattos¹, Bruna Moretti Luchesi²

RESUMO

Objetivo: Desenvolver uma reflexão teórica acerca das influências étnico-raciais em relação à saúde reprodutiva da mulher negra. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o princípio da Equidade como Justiça, proposto por Norman Daniels, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pesquisas em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos dezesseis anos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. **Resultados e Discussão:** Existem diferenças significativas no atendimento à saúde reprodutiva feminina entre mulheres negras e brancas. **Conclusão:** Evidencia-se disparidades existentes entre mulheres negras e mulheres brancas na assistência de saúde reprodutiva relacionadas a sua raça/cor e seu gênero.

Descritores: Étnico; Minorias; Racismo; Saúde; Mulher.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença da população negra é determinado pelas questões biológicas, genéticas e pela falsa democracia racial brasileira que torna o racismo invisível. O racismo enraizado na cultura do Brasil causa restrições materiais, espaciais e sociais, o que gera como consequências

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

restrição do acesso aos serviços de saúde, já que este é dificultado, bem como a redução da qualidade do serviço prestado. A discriminação gera limitações na vida das pessoas, podendo por si só desencadear problemas na saúde e gerar impacto no senso de integridade e imagem dos indivíduos, atuando como um fator estressor. Sendo assim, a exposição ao racismo é um aspecto que determina a saúde e o bem-estar. Inferese que o racismo afeta a saúde em seis dimensões: realça a escassez de recursos econômicos e sociais, gera uma maior exposição a fatores nocivos e tóxicos como pode-se observar em empregos com maiores riscos e menor qualificação profissional, facilita conjecturas sociais que causam danos à saúde, oferece cuidados inadequados e restrição do acesso à saúde, potencializa a quantidade de experiências agressoras motivadas pela discriminação e induz com maior frequência a auto percepção de saúde de indivíduos expostos ao racismo como debilitada (MATOS; TOURNHO, 2018).

As ideias de raça e racismo possuem peculiaridades que as distinguem de um país para outro. No Brasil, a ausência de um regime de segregação explícito como o Apartheid e o Jim Crow nos Estados Unidos favoreceu uma ideia equívoca de que no país existe um paraíso racial, no qual os brancos e não brancos vivem em harmonia pós escravidão. Inúmeras pesquisas foram realizadas entre as décadas de 1950 e 1960 com a intenção de compreender o modo que opera o racismo brasileiro. A maioria dessas pesquisas apontou que o racismo no Brasil possui três principais características, a primeira é que está mais associada à cor da pele e ao fenótipo do indivíduo do que a sua origem, fato esse que ficou conhecido como preconceito racial de marca em divergência com o preconceito racial de origem. A segunda refere-se ao racismo produzido no cotidiano de maneira não explícita, conhecido como racismo cordial. E a terceira, é conhecida como racismo sem racistas, pois tem a capacidade de provocar o racismo, mas sem explicitar quem o provoca, para a comprovação dessa característica (ORTEGAL, 2018).

Algumas reivindicações de movimentos sociais da população negra, como o Movimento de Mulheres Negras e Movimento Negro, por melhorias no acesso ao sistema de saúde perduraram por diversos períodos da história das mobilizações negras, em especial no pós-abolição, com intensificação a partir da segunda metade do século XX em participações de processos envolvendo a saúde pública como a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da ativa participação desse grupo social na criação do sistema público, não foi o suficiente para que mecanismos de superação de barreiras sociais fossem colocadas em prática como seguem os princípios do SUS, principalmente aquelas relacionadas ao racismo (WERNEK, 2016).

No que tange a temática do racismo envolvendo a saúde reprodutiva, observa-se diferenças significativas relacionadas à hipertensão arterial, à baixa escolaridade e ao número múltiplo de gravidez. Nesse sentido, as gestantes negras prevaleceram estatisticamente entre aquelas com menor escolaridade e maior incidência de hipertensão. Entretanto, as gestantes negras não apresentaram um maior risco nos desfechos neonatais e obstétricos desfavoráveis (PACHECO *et al.*, 2018).

Este estudo teve como objetivo geral analisar as influências étnico-raciais em relação à saúde reprodutiva da mulher negra, bem como analisar a relação entre o racismo e o sexismo.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o princípio da Equidade como Justiça, proposto por Norman Daniels (DANIELS, 2006), o qual encontra-se garantido nas legislações regulamentadoras do SUS (BRASIL, 1990) e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Norman Daniels, a compreensão da saúde como funcionamento normal é bastante compatível com a visão ampla dos determinantes da saúde revelada pela literatura dos determinantes sociais. A saúde caracteriza-se em implicações de como buscar a equidade visando uma abordagem igualitária para ajudar os que estão em pior situação primeiro. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), incentiva a atenção ampla às disparidades de saúde e suas origens. Daniels (2006) em sua obra intitulada 'Equity and Population Health: Toward a Broader Bioethics Agenda', defende que uma boa maneira de compreender o objetivo da equidade em saúde é dizer que devemos visar, em última instância, que todas as pessoas se tornem saudáveis, isso é, devemos ajudá-las a ser saudáveis. Assim, buscar a igualdade significa "subir de nível", fornecendo subsídios para que aqueles que se encontram com a saúde comprometida passem para o status de "saudável".

Na Lei nº 8080/90 encontram-se no capítulo II os Princípios e Diretrizes do SUS, especificamente a igualdade, como segue abaixo:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a Lei não refere especificamente ao termo equidade, porém, evidencia-se que muitas políticas abordam a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cenário brasileiro, são escassos os estudos que consideram a cor como um fator de possível aumento de vulnerabilidade, que exerça influência na morbidade e que tenha relação na perda saúde dos indivíduos, são ainda mais escassos aqueles referentes à saúde reprodutiva da mulher negra (BELFORT, 2016).

Entende-se que raça/cor, gênero, classe social e geração são fatores que por sua influência estruturam nossa sociedade, devido a eles interferirem em desfechos relacionados à saúde, à doença e à morte. Uma das principais estratégias com intuito de combater as iniquidades é avançar nas políticas de promoção da equidade dentro de uma política sistêmica e universal. Com a construção e articulação dessas políticas, as iniquidades seriam melhor combatidas (BATISTA; BARROS, 2017).

Políticas públicas de saúde que comprometem-se em realizar a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais consolidam-se realizações públicas que corroboram com a democracia. As mesmas também fortalecem a democratização da saúde nacional, além de contribuírem para a superação de heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas. Os limites que o Estado coloca sobre a vida privada também são possivelmente superados pelas mesmas, e assim ocorrem contribuições para a cidadania que reflete na vida cotidiana (ÁVILA, 2003).

No decorrer da democracia nacional, movimentos sociais passam a ter influência sobre as políticas públicas, conferindo desta forma novos entornos aos debates sobre as desigualdades sociais. Neste cenário o movimento de mulheres possui papel de grande validade no setor saúde tornando visíveis as iniquidades de gênero, a defesa da integralidade, a humanização da atenção e a ampliação de espaços para a luta contra todas as formas de discriminação e opressão. A luta por saúde como direito de cidadania abrange vários fatores sociais, que aumentam a discussão sobre

o tema com a defesa de direitos reprodutivos e sexuais, o que é legítimo por acordos internacionais resultantes de fóruns promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 90 (AQUINO, 2003).

Segundo perspectivas de Wernek (2016), racismo institucional está relacionado à ações e políticas institucionais que têm a capacidade de manter o racismo e a vulnerabilidade de diversos grupos sociais. Além disso, ainda é conveniente citar que o racismo não age de maneira unitária, existem diversos codeterminantes que atuam conjuntamente com ele aprofundando ou reduzindo a vulnerabilidade do grupo. Portanto, ao analisar-se as conexões existentes entre as variáveis presentes nas relações sociais e políticas permite-se aprofundar nas noções de diversidade e discriminação. Outrossim, concede maior consistência no entendimento e na realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública.

Para Theophilo, Rathner e Pereira (2017) ao analisar a saúde das mulheres negras sob a perspectiva étnico-racial compreende-se que o racismo deve ser levado em consideração e deve ser analisado como um determinante social que intervém, de forma direta, no processo saúde-doença. Ainda, as formas que se estruturam as relações raciais no Brasil tornam a população negra ainda mais vulnerável, dificultando seu acesso aos serviços públicos de saúde.

Entretanto, Daniels (2006) enfatiza que a preocupação geral com as desigualdades intergrupais em saúde é em si mesma moralmente problemática. Disparidades raciais no Estados Unidos, disparidades étnicas no Reino Unido e as desigualdades de gênero na prevalência de ISTs na África podem também ser exemplos clássicos. A injustiça na linha de base existente pode aumentar a necessidade de se minimizar as desigualdades, e, alguns podem objetar que devemos ofertar maior atenção a estes grupos 'mais merecedores' porque foram injustiçados. Neste caso, abandonamos o princípio de que em contextos médicos devemos nos concentrar

apenas na necessidade. Destarte, não podemos produzir equidade em saúde simplesmente por distribuição médica ou mesmo pública de recursos de saúde de forma equitativa, visto que, as desigualdades em saúde têm origens mais complexas.

No Brasil, observa-se que as mulheres negras estão mais expostas a riscos de adoecer e morrer quando comparadas com as mulheres brancas, essa diferença deve-se ao menor grau escolaridade, nível socioeconômico e acesso aos serviços de saúde de qualidade. As mulheres negras puérperas em relação às mulheres brancas possuem uma maior probabilidade de ter o pré-natal realizado de maneira inadequada, falta de vínculos com a maternidade, ausência de acompanhantes, peregrinação para o parto e menos anestesia local para a realização de episiotomia. A soma dessas desvantagens causadas pelas discriminações de classe, raça e gênero geram uma piora do cenário no qual está inserida a mulher negra, fazendo com que ela se torne mais vulnerável (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016).

Daniels (2006) destaca que nos EUA, o racismo ou ‘complexo de raça’ também apresenta efeitos independente significativos na saúde dos americanos, destacando que afro- americanos têm pior saúde do que brancos em todos os níveis de rendas e níveis educacionais. Ressalta ainda que neste país, os padrões de tratamento médico diferem por raça e que, talvez, isso seja um resultado dos estereótipos conscientes e inconscientes da sociedade. A sociedade americana ainda apresenta um legado de estrutura e exclusão de castas, o qual causa um estresse psicossocial em muitos ambientes institucionais (escolas, trabalho, shoppings, etc.) que estão implicados nas desigualdades em saúde. O autor aponta que questões semelhantes também afetam muitos imigrantes e minorias étnicas em países europeus.

Além disso, sabe-se que desigualdades relacionadas com o processo do cuidado e no seu acesso possuem origens diferentes. Primeiramente estão relacionadas aos serviços de saúde, tais como: acessibilidade ge-

ográfica, oferta dos mesmos, aceitabilidade e disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos. A segunda origem se dá principalmente pelas ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam na área da saúde. Este fato possui ligação direta com equidade e qualidade da atenção ofertada. Estas definições possuem potencial de ajuda no processo de uma melhor identificação de áreas críticas para reduzir as desigualdades (LEAL *et al.*,2017).

Portanto, as mulheres negras se inserem em uma realidade de dupla situação de vulnerabilidade: seu gênero e sua raça, ambos marcados pela exclusão histórica de preconceitos produzidos no seio da sociedade e pela falta de ações para a superação desses desafios. Sobre vulnerabilidade, a vulnerabilidade social se refere ao círculo de fatores sociais que atuam nas tomadas de decisão e no acesso a serviços, políticas e ações (THEOPHILO; RATHNER; PEREIRA, 2017).

Outro fator que influencia na saúde da mulher negra é a baixa representatividade da mesma em cartazes utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) em campanhas publicitárias voltadas para a promoção de saúde sexual e reprodutiva da mulher. Essa baixa representatividade é fruto de um racismo velado que existe no Brasil, que encontra maneiras sutis de se manter presente dentro da sociedade. Esse fenômeno pode ser observado diante da distância significativa entre a representação da mulher branca comparada a mulher negra. Analisa-se também que grande parte das vezes em que a mulher negra foi representada nas campanhas, ela possuía características que se aproximavam das eurocêtricas, assim, evidenciando os efeitos da arcaica política de branqueamento da população. Nesse sentido, não representar a mulher negra gera uma dificuldade para ela autor reconhecer seu corpo como um corpo digno de cuidados de saúde e assim, as mulheres podem se sentir desmotivadas e inseguras para realizar as práticas de saúde e autocuidado (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016).

Há evidências que demonstram diferenças entre as taxas de mortalidade materna de mulheres de cor preta, parda e branca. Infere-se que essas distinções em relação ao número de óbitos sejam decorrentes da falta de acesso à saúde e da redução da qualidade de assistência prestada às mulheres negras (BELFORT. KALCKMANN; BATISTA, 2016).

As mulheres pretas e pardas mostram-se diferentes das brancas por apresentarem mais partos pós-termo, ou seja, uma gestação prolongada. Este fato provavelmente se dá devido a uma quantidade de atenção e intervenções menores que o ideal para gestantes, que por direito podem ser solicitados para crianças pós-termo. As iniquidades relacionadas à raça/cor também se estendem a vários momentos da gravidez. Além de um menor número de consultas e exames, há também falta de orientações adequadas e falta de uma vinculação com a maternidade para o parto, o que acaba resultando em maior número de peregrinações para parir (LEAL *et al.*, 2017).

Pode-se observar que no cenário brasileiro, as doenças com maior incidência na população negra são divididas em quatro categorias, sendo essas: as determinadas geneticamente (anemia falciforme, hipertensão arterial e diabetes mellitus); as que são intimamente ligadas aos determinantes sociais como condições socioeconômicas desfavoráveis (desnutrição e anemia ferropriva); as de agravos (mioma, hipertensão arterial) e por fim, as que são relacionadas a alterações fisiológicas (crescimento). Além disso, a falta de acesso a saúde é um fator relacionado ao aumento das disparidades raciais no que se diz respeito à ocorrência de doenças, tais como hipertensão e diabetes (PACHECO *et al.*, 2018).

A hipertensão arterial está presente em maior prevalência em mulheres negras - considerando que há variações em relação à faixa etária, o sexo, o grau de obesidade, a presença de outras patologias associadas - o que torna essa questão um problema de saúde pública por conta de seu alto custo e impacto social (PACHECO *et al.*, 2018).

Mulheres negras, na assistência ao pré-natal, apresentam maiores índices de gravidez não planejadas e de utilização da rede pública de saúde, porém são elas que contam com o menor número de consultas preconizado pela Rede Cegonha (rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o cuidado contínuo de atenção à saúde materna e infantil), e de internações por complicações na gravidez no SUS. No parto, as mulheres negras encontraram mais empecilhos quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde, além de enfrentar um maior tempo de espera no atendimento, contar com o menor número de acompanhantes na hora do parto e ter o maior número de partos normais. Ainda que esses dados não estejam necessariamente relacionados às piores condições de atendimento, evidencia-se essa diferença por conta da raça/cor no atendimento (THEOPHILO; RATHNER; PEREIRA, 2017).

CONCLUSÃO

As políticas públicas de saúde, além da função social de combater as iniquidades dentro da política sistêmica e universal, também atuam no fortalecimento da democratização da saúde nacional e na superação das heranças autoritárias, patriarcais e preconceitos. Estas contribuições possuem importância para a cidadania e equidade que refletem no cotidiano da população.

Entende-se que, na saúde, existem discriminações por raça/cor e gênero em todo cenário. Além disso, é de entendimento geral que as discriminações não existem de forma unitária, elas são parte de um conjunto de fatores que determinam a forma de acesso ao sistema de saúde. Por isso, tem-se que mulheres, negros e outros grupos vulneráveis são susceptíveis a menor qualidade na assistência em saúde.

Logo, evidencia-se que existem disparidades entre mulheres brancas e negras, no atendimento à saúde reprodutiva, devido ao racismo somado ao sexismo presente na sociedade brasileira, isto porque se enqua-

dram em dois grupos vulneráveis, resultando em uma maior dificuldade de acesso ao atendimento em saúde.

Desse modo, cabe ao ensino abordar o conceito ampliado de saúde que visa atender o indivíduo em sua integralidade e sem distinções a fim de que mais profissionais sejam formados com essa visão holística. Ademais, a teoria deve se alinhar com a prática para que profissionais capacitados e humanos sejam cada vez mais realidade no sistema de saúde brasileiro.

Frente a escassez de pesquisas sobre a temática propõe-se que mais estudos sejam produzidos a fim de que a problemática seja discutida em sociedade e contribua para que seja atingida a igualdade da assistência à saúde prevista na Lei nº 8080/90 e para que o ideal de equidade proposto por Norman Daniels seja concretizado.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. *et al.* Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, S198-S199, set. 2003.

AVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, S465-S469, set. 2003.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, e00090516, jan. 2017.

BELFORT, I. K.; KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 631-640, set. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990.

DANIELS, N. Equity and population health: toward a broader bioethics agenda. **Hastings Cent Rep**, New York, v.36, n. 4, p. 22-35, Jul.-Aug. 2006.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, e00078816, jan. 2017.

MATOS, C. C. S; TOURINHO, F. S. V. Saúde da população negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e medicina de Família e comunidade. **Revista Brasileira de medicina Família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40 p.1- 12, 2018.

ORTEGAL, L. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 413-431, dez. 2018.

PACHECO, V. C. *et al.* As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan. 2018.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

CAPÍTULO 5

RISCOS DO USO DE AGROTÓXICOS PARA A SAÚDE NA ÓTICA DO PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA

Bárbara Silva Vicentini¹, Fagner Macedo Gonçalves¹, Isabela Matos de Oliveira¹, Karine Bianco da Cruz², Tatiana Carvalho Reis Martins³

RESUMO

Objetivo: Este capítulo apresenta uma reflexão teórica sobre os riscos do uso de agrotóxicos para a saúde humana, a partir do princípio da não-maleficência. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na obra Princípios de Ética Biomédica de Beauchamp e Childress, na Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/1990 e na Lei de nº 7.802/1989. **Resultados e Discussão:** Observou-se, através de estudos, que a exposição aos agrotóxicos possui intrínseca relação com o aparecimento de complicações à saúde humana e ambiental. **Conclusão:** É de suma importância uma revisão da legislação, competindo ao Estado a elaboração de leis pautadas nos princípios da bioética, além da participação social de questionamento das regras vigentes no país. Faz-se necessária, também, a conscientização da sociedade, em busca de evitar transtornos à saúde.

Descritores: Agroquímicos; Bioética; Saúde Ambiental; Meio Ambiente.

INTRODUÇÃO

Três importantes revoluções definiram o curso da humanidade. A Revolução Neolítica ocorreu há 12 mil anos atrás e marcou o momento

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

em que o Homo Sapiens deixou de depender da caça, passou a manipular a vida de algumas espécies de plantas e tornou-se sedentário. Dessa forma, consolidou saberes na produção agrícola. Posteriormente, com a industrialização, mecanização do campo e desenvolvimento dos insumos agrícolas, a produção foi aumentada e concomitantemente, ocorreram inúmeros impactos socioambientais (YUVAL, 2011).

No contexto do fim da Segunda Guerra Mundial, a Revolução Verde deu-se a partir da segunda metade do século XX, com o objetivo de aumentar a produtividade agrícola com base na modernização da agricultura, e a promessa de sanar a fome mundial, sendo o Estados Unidos o pioneiro. Tal evento impulsionou a utilização de agrotóxicos em larga escala, principalmente nos países agroexportadores. A prática chegou ao Brasil em 1960 regulamentada pelo Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA), e, atualmente, possui amplas políticas públicas que incentivam o comércio e utilização dos agroquímicos pela bancada ruralista no Congresso Nacional (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018).

Entre as atitudes de estímulo à utilização dos agrotóxicos estão os incentivos às indústrias produtoras e empresas agrícolas usuárias dos produtos. Há isenções do Imposto sobre a Comercialização de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o baixo custo para registro de produtos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), variando de R\$180 a R\$1800. Como resultado, o estado brasileiro tem se destacado no campo de produção agrícola, impulsionando o crescimento de indústrias multinacionais produtoras de agrotóxicos, com base na produção de commodities, como soja, milho, algodão, cana-de-açúcar e tabaco (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018).

No Brasil, o mercado de agrotóxicos expandiu em cerca de 190% na última década, o que o colocou, em 2010, no primeiro lugar do ranking mundial de uso de agroquímicos. Anualmente, o país consome mais de 900 milhões de litros em suas lavouras. Em 2015, o estado do Mato Grosso pulverizou, aproximadamente, 208 milhões de litros, o que totalizou o

uso em 98,7% de suas plantações, liderando, assim, o ranking de consumo de agrotóxicos das unidades federativas brasileiras (PIGNATI *et al.*, 2017).

A partir de estudos científicos, há evidências da correlação entre o indiscriminado uso de agrotóxicos e riscos para a saúde humana e ambiental. Mediante a bioacumulação, aumento da concentração de uma substância à medida que é transferida pelos diferentes níveis tróficos, os efeitos acometem as populações rural e urbana e também o meio ambiente, atingindo, dessa forma, a fauna e a flora (MIORIN *et al.*, 2016).

Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), o conceito de saúde apenas como ausência de doença foi substituído por um mais abrangente, sendo ele: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

Percebe-se, por conseguinte, a relação do novo conceito de saúde com a teoria dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), os quais são os fatores que podem influenciar no processo de saúde e doença da população, conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (STEDILE *et al.*, 2015).

Nesse contexto, os agroquímicos interferem nos DSS e no processo saúde doença das populações, acarretando em danos e, consequente, violação do princípio da não-maleficência. Assim, insere-se o modelo da bioética Princípalista, descrito na obra Princípios da Ética Biomédica, de Beauchamp e Childress. Tal modelo propõe princípios que devem ser a base da ação humana, sendo eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Em especial, o princípio da não maleficência se associa à máxima *primum non nocere*, ou seja, “acima de tudo, não causar dano”. Interpreta-se danos como obstáculos ou impedimentos a cumprir os interesses de uma das partes, por causas intencionais ou não da outra parte (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Assim, este capítulo teve como objetivo apresentar uma reflexão teórica sobre os riscos do uso de agrotóxicos para a saúde humana, a partir do princípio da não maleficência.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico os Princípios de Ética Biomédica, obra de Tom Beauchamp e James Childress (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002), a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) e a Lei 7.802 (BRASIL, 1989) 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 busca por artigos foi realizada em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos cinco anos. As bases de dados utilizadas foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo utilizou como base de reflexão a abordagem principialista de Beauchamp e Childress em seu livro Princípios de Ética Biomédica, com ênfase no capítulo Não Maleficência. O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O princípio da não maleficência desenvolve-se a partir do princípio da beneficência. Nenhum mal deve ser causado intencionalmente. Ou seja, antes de tudo vem a obrigação de não fazer o mal (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Segundo os autores, o Princípio da Não-Maleficência implica na “obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica ele esteve intimamente associado com a máxima *Primum non nocere*: Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 209).

Neste sentido, os autores propõem quatro obrigações gerais em relação ao Princípio da Não-Maleficência, sendo elas: “1-Não devemos infligir males ou danos (o que é nocivo); 2-Devemos impedir que ocorram males ou danos; 3-Devemos eliminar males ou danos; 4- Devemos fazer ou promover o bem” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 210).

Já a lei 8080, de setembro de 1990, atua em todo território nacional, predispondo sobre a promoção, proteção e revigoramento da saúde, pautando, também, na organização e distribuição de atividades sobre essas predisposições. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído por essa lei como mecanismo principal de garantia do acesso à saúde que está sob a responsabilidade do Estado. Sendo que esse sistema deve ser baseado em princípios como universalidade, equidade e integralidade. A lei 8080 regulamenta sobre a necessidade da atuação do Estado junto aos determinantes sociais da saúde, os quais interferem de forma direta na manutenção da saúde e no surgimento de doenças. Dentre os determinantes sociais de saúde, pode-se evidenciar o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer (BRASIL, 1990).

Além disso, a lei nº 7.802 implementada em 11 de julho de 1989 é a base do sistema normativo de agrotóxicos brasileiro, Brasil (1989) a qual dispõe:

Sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

A lei nº 7.802 define agrotóxicos como os produtos e os agentes resultantes de processos físicos, químicos ou biológicos, que serão utilizados nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, para proteção florestas nativas ou

implantadas, e de outros ecossistemas e também de ambientes urbanos, hídricos e industriais, com o propósito de alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de protegê-las da ação nefasta de seres vivos considerados prejudiciais; também pode ser definido como substâncias e produtos, utilizados com a finalidade de desfolhar, dissecar, estimular e inibir de crescimento (BRASIL, 1989).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde o marco legal (Lei nº 7.802/89) que regula a utilização de agrotóxicos no Brasil ocorre um embate sobre as regras de uso, confrontando duas posições opostas. De um lado, estão os liberais (ruralistas, bancada ruralista no Congresso, as indústrias químicas nacionais e internacionais) que defendem a modernização legal e a maleabilidade da aplicação de agrotóxicos. De outro, conservacionistas (ambientalistas, pequenos produtores rurais, movimentos sociais, especialistas em saúde pública, representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz e de Organizações Não Governamentais internacionais) que exigem uma postura mais consistente do estado nacional. Com a recente aprovação do Projeto da Lei dos Agrotóxicos na Câmara dos Deputados, esse debate tornou-se mais polêmico. O Projeto de Lei nº 6.299 de 2002 (PL6299-2002) designado como Lei dos Agrotóxicos, de autoria do Ministro da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) do governo Michel Temer (BRASIL, 2002), torna mais flexível os critérios de aprovação, propõe mudanças nos termos usados para designar, atualmente, os agroquímicos e atribui como responsabilidade exclusiva da União a destruição de embalagens dos insumos agrícolas (BARONAS, 2019).

Além disso, o marco legal de 1989, mostra-se mais rígido do que a nova Lei dos Agrotóxicos, pois proíbe o uso de agroquímicos que no Brasil, não possuem tecnologia de inativação ou antídoto, mostram-se com características carcinogênicas ou mutagênicas, provocam danos

hormonais e ao aparelho reprodutor, manifestam-se mais nocivos ao homem do que os testes em laboratório com cobaias e aqueles cujas propriedades sejam danosas ao ambiente (BARONAS, 2019). O controle dos agrotóxicos mostra-se importante para melhora da qualidade do meio ambiente, de forma a evitar danos ao meio e às pessoas.

Desde então, surge uma discussão terminológica sobre a classificação dos produtos utilizados na agricultura já que há vários termos, constantemente, usados como sinônimos. Entre eles: pesticidas, praguicidas, defensivos agrícolas. Historicamente, os produtos representaram uma revolução tecnológica da prática agrícola, visto que tinham a promessa de acabar com a fome no mundo. No entanto, ainda que a produtividade tenha sido aumentada, a promessa não foi cumprida e o uso de agrotóxicos passou a ser a origem de novos problemas que envolviam diversas áreas, como a produção de alimentos, saúde pública e meio ambiente, atingindo e envenenando os ecossistemas (D'AVILA *et al.*, 2016).

Sobre os benefícios do uso de tais produtos na agricultura, com a justificativa de aumentar a produção e/ou sanar a fome mundial, vale refletir que os autores no Modelo Principlista destacam que:

Em geral, as obrigações de não maleficência são mais rigorosas do que as de beneficência e que, em alguns casos, as obrigações de não maleficência suplanta a beneficência, mesmo que o resultado mais útil seja obtido agindo-se de forma beneficente. Assim, em casos de conflitos, a não maleficência é prioritária (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.211).

Portanto deve-se considerar os riscos dos usos de tais produtos mais relevantes do que os benefícios que os mesmos possam proporcionar.

Nos anos 50 e 60, órgãos e empresas internacionais incentivaram o uso e o consumo de produtos nomeados como 'defensivos agrícolas', aliando a nova ideia de agrotóxicos a adubos e fertilizantes. No entanto,

as implicações dos tratamentos químicos à agricultura e o custo ambiental e à saúde humana passaram a ser questionados, assim como o termo frequentemente usado (D'AVILA *et al.*, 2016).

Nesse panorama, em julho de 1989 o Brasil promulgou a lei n° 7.802 que oficializou o termo 'agrotóxico' em seu artigo 2 como (BRASIL, 1989):

Produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou implantadas, e de outros ecossistemas e também de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos.

Ao analisar o panorama de implantação dos agrotóxicos como instrumento da modernização da prática agrícola, percebe-se que esses compostos foram empregados como possível solução para o fim ou redução da fome mundial, tendo em vista a redução do custo de produção e conseqüente menor preço dos produtos. Além disso, o Brasil apresenta-se principalmente como um país agroexportador. Assim sendo, o aumento da produtividade agrícola brasileira corrobora significativamente com o avanço do país. Perante esse contexto, a utilização dos agrotóxicos foi disseminada, com amplo incentivo estatal e pressão da bancada ruralista, o que criou uma cultura de uso indiscriminado desses produtos (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Por um lado há um controle dos agrotóxicos devido à preocupação com o meio ambiente, e de outro há a responsabilidade de produzir com qualidade e grande quantidade, o que leva ao desrespeito às leis de controle de agrotóxicos.

Com a publicação da obra Primavera Silenciosa (CARSON, 1969),

o mundo voltou sua atenção à questão dos agrotóxicos, já que os escritos se voltavam à observações sobre os efeitos dos pesticidas no conjunto da biodiversidade. A obra reflete sobre os impactos negativos que a chegada e implantação do uso dos agrotóxicos estavam causando na época (CARVALHO; SUELI NODARI; ONOFRE NODARI, 2017). Segundo Carson:

Os historiadores futuros bem poderão sentir-se admirados em face do nosso distorcido senso das proporções. Como poderiam seres inteligentes procurar controlar umas poucas espécies não desejadas, por meio de um método que pode contaminar todo o meio ambiente, e que corporifica ameaça de enfermidades e morte até mesmo para a sua própria espécie? (CARSON, 1969, p.19).

Desde então, diversos estudos se dedicam a pesquisas voltadas aos efeitos adversos para a saúde humana e ambiental causadas pela prática, o que tornou-se fundamental para maior controle no uso desses produtos (CARVALHO; SUELI NODARI; ONOFRE NODARI, 2017).

Hodiernamente, a intensa presença do agronegócio e das práticas monocultoras exige o uso de agrotóxicos. No entanto, tem sido a origem de diversos transtornos e alterações à saúde humana, causando prejuízos ao bem-estar e qualidade de vida da população (BARBOSA *et al.*, 2019).

O Brasil é o país que mais utiliza agrotóxicos no mundo. Os impactos negativos desse consumo abusivo estão cada vez mais perceptíveis devido à rápida dispersão desses compostos nos diversos ambientes, sejam eles terrestres ou aquáticos. O agrotóxico Dicloro Difênil Tricloroetano (DDT) explicita esse fato, tendo em vista a sua presença nas águas de rios e mares. Ademais, percebe-se que existe uma expressiva acumulação dessas substâncias nos meios nos quais são inseridos, sendo assim, quando aplicados, além de acarretar problemas, continuam a exercer efeitos sobre a região. Uma evidência é o aumento do número de estômatos em vegetais que foram cultivados em regiões que já haviam sido pulve-

rizadas com agrotóxicos (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018). O uso excessivo de agrotóxicos pode ser considerado como uma violação dos direitos humanos. Nesse contexto reflete-se sobre o princípio da não-maleficência, e até que ponto é necessário prejudicar o meio em benefício da economia do país. Diante da importância do agronegócio e sua influência na economia, faz-se necessário refletir se essa importância supera os efeitos negativos que esses produtos podem ocasionar ao meio ambiente e aos seres humanos.

A repetida absorção de agroquímicos pelo organismo pode causar intoxicações e gerar Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como alterações endócrinas, respiratórias e neoplasias. Porém, não são apenas as populações que vivem no meio rural que estão sujeitas a esses efeitos já que esses produtos são utilizados em manejos florestais, silvicultura, controle de pragas urbanas, preservação de estradas e madeireiras. Assim, as populações urbanas também ficam vulneráveis a exposição (BRONDANI, 2018).

Uma revisão sistemática dos casos de câncer infanto-juvenil no Estado do Ceará revelou correlação entre a exposição a altas doses de agrotóxicos e o recorrente aparecimento de casos de linfoma não Hodgkin e leucemias. Além disso, relatou a contribuição da prática como indicador de morbidade e mortalidade por câncer em pessoas com menos de 20 anos. Os dados foram colhidos do Registro Hospitalar do Câncer (RHC), observou-se que 61,1% dos casos eram representados espacialmente nas microrregiões onde se localizam os polos de irrigação com intensa disseminação de agrotóxicos no estado (BARBOSA *et al.*, 2019).

Já uma pesquisa feita na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, analisou uma grande ocorrência de distúrbios do sono na região. Foi constatado que 29,4% das mulheres que possuíam tais distúrbios estavam constantemente expostas à ação de agrotóxicos e já haviam sido intoxicadas (MACHADO; WENDT; WEHRMEISTER, 2018).

Nas últimas décadas, o uso de agroquímicos vem se intensificando em domicílios e campanhas de saúde pública para o combate de vetores de doenças como malária e dengue. Dessa forma, ocorre inalação direta com impactos no sistema respiratórios, sendo esses, tosse, bronquite e pneumonite. Além do sistema respiratório, há comprometimento neuropsiquiátricos evidenciados por um estudo realizado entre fruticultores em Bento Gonçalves (RS), tais como: alterações de humores, câimbras, fraqueza dos membros inferiores, parestesia, visão turva, alteração de sono, irritabilidade, diminuição da memória, tontura, cefaléia, sudorese e palpitações (FARIA; ROSA; FACCHINI, 2009). Vale ressaltar ainda, o aumento do risco para a doença de Parkinson (MURAKAMI *et al.*, 2017).

A compreensão de ligações existentes entre o labor rural e a utilização de agrotóxicos mostra-se mais explicitada na literatura por meio dos distúrbios gástricos, dermatológicos, respiratórios, mentais e circulatórios. Um estudo (MIAH *et al.*, 2014) realizado em Bangladesh comprova essas associações ao demonstrar a ocorrência de alterações dermatológicas (prurido e irritação), oculares (irritação, prurido, catarata e diminuição da visão) e gástricos (perda de apetite e vômito) com forte relação aos agrotóxicos.

Percebe-se ainda que tais distúrbios são agravados à medida que o tempo de exposição aumenta, podendo convergir para problemas respiratórios e diminuição da função pulmonar. Por conseguinte, a temática de agrotóxicos se apresenta como uma problemática de saúde pública e ambiental que transpõe as questões individuais, sobressaindo-se como questão coletiva já que atinge a produção, ingestão e venda de produtos alimentícios (CEZAR-VAZ *et al.*, 2016; FONSECA; DUSO; HOFFMANN, 2017).

Desse modo, percebe-se que o uso indiscriminado de agroquímicos fere o princípio da não maleficência, preconizado por Beauchamp e Childress, à medida em que os danos demonstrados por estudos são causados, porém ignorados pelas políticas públicas, como a nova Lei dos

Agrotóxicos, e pela cultura enraizada do agronegócio, associada a exportação sistemática de commodities. Observa-se que os impactos são agravados em decorrência do tempo de exposição, o que acentua a violação do princípio da não maleficência, constituído em não causar danos (INSUA, 2018).

CONCLUSÃO

Sob a ótica da bioética principialista de Beauchamp e Childress a Revolução Verde proporcionou uma suposta beneficência visto que propôs erradicar a fome no mundo com o uso de insumos agrícolas, entre eles os agrotóxicos. Prova disso, é que a consolidação da cultura do agronegócio marcada pelo uso irrestrito desses produtos trouxe maiores danos às populações rurais e urbanas, a violação da não maleficência superou a aparente beneficência, tais como: problemas cardíacos, respiratórios, neuropsicomotores, dermatológicos, circulatórios, gástricos e cânceres juvenis. Verificou-se, também, acentuação da bioacumulação com impacto sobre o solo e hidrografia devido ao efeito dispersivo desses produtos. Ocorreu, ainda, mudança na legislação brasileira para atender os interesses da bancada ruralista e consolidar a cultura do agronegócio, em detrimento da população brasileira. Dessa forma, faz-se necessária uma revisão das leis aprovadas sob o filtro da bioética com o intuito de garantir uma saúde universal, integral e equânime e desenvolvimento sustentável.

Compete ao Estado, na figura do poder Legislativo, revogar a nova Lei dos Agrotóxicos e manter o marco legal de 1989 que proíbe o uso de agroquímicos que não possuem tecnologia de inativação ou antídoto, que se mostram com características mais nocivas ao homem e aqueles cujas propriedades sejam danosas ao ambiente. A sociedade civil deve questionar as legislações muito flexíveis, fomentar práticas conservacionistas, visto o impacto em todo o ecossistema, e incentivar a agricultura familiar. Essa se apresenta como alternativa de um desenvolvimento menos excludente e ambientalmente mais equilibrado, além de ser área

fornecedora de alimentos com produção diversificada.

Cabe à medicina, sob a visão dos DSS, gerar ações de promoção e prevenção de saúde como primeiro nível de prevenção, principalmente, em áreas próximas à dispersão direta de agrotóxicos. Diante da vulnerabilidade dos trabalhadores rurais, são necessárias ações de conscientização pautadas na priorização do bem-estar e saúde, tendo como preferência produtos orgânicos e práticas que visem a promoção da saúde e a redução de riscos advindos da utilização de agrotóxicos.

Portanto, reafirma-se a íntima correlação entre o intenso uso de agroquímicos e complicações à saúde humana e meio ambiente, bem como viola os princípios da não maleficência.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. M. *et al.* Câncer infanto-juvenil: relação com os polos de irrigação agrícola no estado do Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1563- 1570, abr. 2019 .

BARONAS, R. L. Agrotóxico versus pesticida: notas de leitura sobre polêmica e a memória discursiva. Bakhtiniana. **Revista de Estudos do Discurso**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 62-87, abr. 2019.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Não- maleficência. São Paulo: Editora Loyola, 2002. p. 209-216.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei nº 6.299**, de 13 de março de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Decreto-lei nº 98816, de 11 de janeiro de 1990. Regulamenta a Lei nº 7.802. Trata da legislação federal de agrotóxicos e afins. **Diário Oficial da União**, 12 de julho de 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS, 1986.

BRONDANI, V. F. *et al.* Exposição à agroquímicos e a relação com doenças crônicas: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Disciplinarium Scientia**, Santa Maria, v. 19, n. 2, abr. 2018.

CARSON, R. Primavera Silenciosa. **A obrigação de suportar**. São Paulo: Editora Pórtico, 1969. p. 19.

CARVALHO, M. M. X.; SUELI NODARI, E.; ONOFRE NODARI, R. “Defensivos” ou “agrotóxicos”? História do uso e da percepção dos agrotóxicos no estado de Santa Catarina, Brasil, 1950-2002. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 75- 91, jan. 2017.

CEZAR-VAZ, M. R. *et al.* Abordagem socioambiental na enfermagem: focalizando o trabalho rural e uso de agrotóxicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1179-1187, dez. 2016.

D’AVILA, A. A. F. *et al.* Agrotóxicos ou Defensivos Agrícolas: Estudo Bibliométrico na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INOVAÇÃO EM CADEIAS PRODUTIVAS DO AGRONEGÓCIO, 2., 2016, Rio Grande do Sul. **Anais [...]**. rio Grande do Sul, 2016.

FARIA, N. M. X.; ROSA, J. A. R.; FACCHINI, L. A. Intoxicações por agrotóxicos entre trabalhadores rurais de fruticultura, Bento Gonçalves, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 335-344, abr. 2009.

FONSECA, E. M.; DUSO, L.; HOFFMANN, M. B. Discutindo a temática agrotóxicos: uma abordagem por meio das controvérsias sociocientíficas. **Revista Brasileira de Educação do Campo**, Tocantinópolis, v. 2, n. 3, p. 881-898, dez. 2017.

INSUA, J. T. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. **Persona y Bioética**, Chia, v. 22, n. 2, p. 223-246, dez. 2018.

LOPES, C. V. A.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 518-534, jun. 2018.

MACHADO, A. K. F.; WENDT, A.; WEHRMEISTER, F. C. Problemas de sono e fatores associados em população rural de um município no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, 5s, set. 2018.

MAIH, S. J. *et al.* Unsafe use of pesticide and its impact on health of farmers: a case study in BurichongUpazila, Bangladesh. **Journal of Environmental Science, Toxicology and Food Technology**, [s.n.], v. 8, n. 1, p. 57-67, 2014.

MIORIN, J. D. *et al.* Percepções de Agricultores Sobre o Impacto dos Agrotóxicos para a saúde e o meio ambiente. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 3, p. 2410-2420, set/dez. 2016.

MURAKAMI, Y. *et al.* Intoxicação crônica por agrotóxicos em fumicultores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 563-576, abr. 2017.

PIGNATI, W. A. *et al.* Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3281-3293, out. 2017.

STEDILE, N. L. R. *et al.* Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, out. 2015.

TEIXEIRA, J. R. B. *et al.* Intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola em estados do Nordeste brasileiro, 1999-2009. **Epidemiologia e Serviço Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 497-508, set. 2014.

YUVAL, N. H. **Sapiens**: uma Breve História da Humanidade. 29 ed. Rio de Janeiro: Editora Harper, 2011, p. 5-20.

CAPÍTULO 6

REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO NA SAÚDE MENTAL

João Douglas Cabral¹, Matheus Augusto Obici Massucato¹, Nathan Bardini Anhô¹, Bruna Moretti Luchesi²

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca das implicações do racismo sobre a saúde mental das minorias raciais, evidenciando-se os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de minimizar as práticas do racismo sobre populações vulneráveis. **Método:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em dados obtidos de artigos científicos disponibilizados em periódicos nacionais e internacionais nos últimos cinco anos e nos textos Norman Daniels e Robert Carter. **Resultados e Discussão:** A partir dos estudos foi possível perceber uma disparidade nos atendimentos feitos por profissionais da saúde por conta de questões raciais e as falhas do Estado diante da situação. Essa situação é um dos fatores responsáveis pela grande ocorrência de problemas relacionados à saúde mental, como ansiedade e depressão, em pessoas de etnias que sofrem com o preconceito racial. **Conclusão:** O racismo, ainda muito presente na sociedade atual e no viver diário, possui implicações diretas na integridade da saúde mental. Crianças e idosos são mais suscetíveis a peiores mentais. É necessária a reflexão sobre as consequências e efetividade das políticas atuais no enquadramento da população negra mediante ao princípio de equidade do SUS.

Descritores: Racismo; Saúde Mental; Impactos na Saúde.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

INTRODUÇÃO

É notório que apesar do fim da escravidão, há ainda no mundo todo desigualdades raciais, e, que também existam resistências negras na contemporaneidade. O racismo é uma relação de poder que se apresenta dentro das instituições sociais e, para desfazer essa situação, são necessárias medidas para realizar a completa reformulação dessas entidades (MADEIRA; GOMES, 2018).

O discurso da miscigenação juntamente com a falsa democracia racial mascaram os efeitos históricos, conseguindo, assim, maior controle social e menor número de pessoas combatentes das desigualdades raciais, transmitindo a ilusão da equidade no acesso à saúde pública no Brasil. Na maioria das vezes, atitudes de discriminação racial não se tornam uma preocupação pública, abafando, ainda mais, o impasse (MADEIRA; GOMES, 2018).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN) (BRASIL, 2017) foi um marco decisivo na garantia das disposições legais de acesso equânime à saúde, previstos pela Lei Orgânica da Saúde brasileira (BRASIL, 1990). A Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995, trouxe em voga a discussão sobre a igualdade civil, política e de acesso à saúde, culminando na busca de ações com programas dirigíveis a esta população vulnerável, de modo a quebrar o status quo produtor ou mantenedor das desvantagens (WERNECK, 2016).

Além da luta contra a discriminação racial, outra área de combate é a do atendimento dos pacientes com transtornos mentais em manicômios. Esse enfrentamento no Brasil começou nos anos 70, quando os primeiros movimentos psiquiátricos foram contrários às condições precárias dos hospitais voltados para esses pacientes. O primeiro movimento a aderir a causa foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE; NUNES, 2018).

O histórico das doenças mentais em negros vai ao encontro da concepção eugênica, de que a loucura e degeneração estariam firmadas no 'DNA' negro (DAMASCENO; ZANELLO, 2018). Santos *et al.* (2012) corrobora para essa visão ao citar que durante décadas as doenças mentais foram associadas à negros, por serem uma 'raça inferior'. Em um mesmo viés, Silva (2005) afirma que o sofrimento mental da população negra advém das condições de vida precárias atuais e da impossibilidade de antecipar melhor o futuro (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

Assim, os participantes do MTSM foram duramente criticados e só começaram a ganhar reconhecimento no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, onde convidados importantes se vincularam ao movimento. A partir dessa conquista, foi possível a organização de comissões de saúde mental. Na Oitava Conferência Nacional de Saúde decidiu-se criar uma conferência específica à saúde mental, porém tais conferências se posicionavam contrariamente aos movimentos de reforma (AMARANTE; NUNES, 2018).

No segundo Congresso Nacional sobre o assunto surgiu o Movimento da Luta Antimanicomial, que organizou protestos nas grandes capitais e, também, participavam das comissões e congressos sobre o tema. Houve, ademais, a utilização da cultura e da arte para conscientização de que os manicômios não são a melhor opção para a resolução dos problemas psíquicos. Nomes como Caetano Veloso, Lulu Santos e Gilberto Gil participaram do processo (AMARANTE; NUNES, 2018).

Debate-se, também, a qualidade do atendimento psicológico e psiquiátrico a esse grupo, pois a população negra passou de minoria a maioria, mas permanece invisível. Clientes de minorias raciais e étnicas continuam a ser desconhecidos e estão, conseqüentemente, mal servidos (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

Com o avanço do cenário, o surgimento do Centro de Atendi-

mento Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), tornou-se possível oferecer um cuidado psiquiátrico intensivo. Por meio desses programas, diminuí a hospitalização de pessoas com transtornos psiquiátricos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Mediante ao contexto apresentado, este artigo objetiva refletir acerca das implicações do racismo sobre a saúde mental das minorias raciais, evidenciando-se os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de minimizar as práticas e perjoras do racismo sobre populações vulneráveis.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o princípio da equidade, segundo o conceito de equidade como justiça proposto por Norman Daniels (2006) e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos cinco anos. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos utilizados foram textos a respeito da equidade e justiça segundo Norman Daniels. A partir das perspectivas descritas e relatadas por ele, é possível identificar uma indefinição do que é justo, pois segundo ele não é possível definir se é melhor atender um paciente mais necessitado ou alguém com um prognóstico melhor tendo em vista o critério da saúde promovida por cada dólar.

Ademais, debates sobre as diferentes visões são apresentadas na maioria dos documentos sobre o assunto, porém a visão de Daniels é de que a equidade deve ser buscada a partir da tentativa de garantir saúde a todos, tendo em vista a justiça social que deve ser definida por meio de processos intersetoriais.

Para casos de falta de recursos, Daniels acredita que deve-se analisar as opções e escolher a que mais aumente os níveis de saúde local. Sempre tendo em vista os pequenos investimentos que podem ser feitos que resultam em grandes melhoras, e, por esse fator o investimento na população desfavorecida é, em grande parte, vantajoso para o governo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Norman Daniels, é preciso prover acesso igualitário à saúde para que seja possível que a justiça social e a equidade ocorram. Entretanto, barreiras como atendimentos racistas, impedem que elas ocorram de forma menos custosa (PARANHOS *et al.*, 2018).

O racismo pode existir ou coexistir de múltiplas formas, sendo os principais o racismo internalizado – incorporações de atitudes racistas e ideologias a partir da própria visão de mundo – e o sistêmico, quando encontra-se institucionalizado, permanecendo como causa de exclusão e desvantagem a nível global (PARADIES *et al.*, 2015).

Sendo assim, consegue-se impactar fatores importantes como: (1) no campo social, o emprego, a moradia, a educação e a exposição a fatores de risco; (2) no campo psicológico, processos cognitivos e emocionais adversos e associado a psicopatologias em que pode haver, concomitantemente, processos patofisiológicos; (3) diminuição de comportamentos saudáveis (sono e exercícios) e aumento dos não-saudáveis (consumo alcoólico, etc.), também, diretamente no estresse, ou, indiretamente, na redução da autorregulação; (4) danos físicos a partir da violência por motivação racial (PARADIES *et al.*, 2015).

Ademais, o racismo institucional manifesta-se a nível econômico. Primeiramente, os negros são marginalizados financeiramente, o que acaba por restringi-los a serviços privados de saúde. Sendo assim, são obrigados a conviver com serviços que constantemente destoam da qualidade de infraes-

trutura e de atendimento do serviço privado (FIGUEIRO; RIBEIRO, 2017).

Não apenas as influências racistas diretas (sofridas pelas crianças) influenciam, as indiretas (vistas ou escutadas) também possuem impacto. É de extrema importância o acompanhamento do filho na escola, pois a discriminação racial nesse ambiente se apresenta em forma de bullying. Ademais, cuidadores também são pessoas que possuem maior propensão a fazer algo que infira na vida da criança e, por isso, suas condutas devem ser acompanhadas pelos pais (PRIEST *et al.*, 2017).

Assim, populações minoritárias estão expostas a consideráveis cargas de estresse e determinantes sociais adversos, os quais podem levar a maiores riscos de doenças mentais e psicológicas (DALLAPIAZZA *et al.*, 2018).

Muitos intelectuais têm notado a importância dos determinantes saúde-doença em entender consequências relacionadas à saúde em indivíduos que tiveram experiências de racismo e o estresse vinculado (PARADIES *et al.*, 2015).

A nível psicológico, esse estresse tem um precursor histórico, iniciado na época da colonização, com a retirada da humanidade dos negros, mas que hoje permutou-se a olhar preconceituoso e racista lançado sobre a população negra. Nesse viés, tal efeito histórico, que se mantém na atualidade, gera à população negra um fator de vulnerabilidade social, promovendo ‘desagências’ - incapacidade de dispor de recursos psicológicos e culturais para alcançar a liberdade humana, que ocasionam em prejuízos sociais e mentais (ALVES; JESUS; SCHOLZ, 2015).

Segundo pesquisas anteriores ao artigo, a área da saúde mais afetada com o racismo é a saúde mental, sendo predominantes os transtornos mentais na população que sofre esse tipo de discriminação - no caso da Nova Zelândia, por exemplo, os Maoris, asiáticos e a comunidade do Pacífico são as mais afetadas -. Por conta desse fator, é muito válido fazer pesquisas sobre o tema e expô-las para a sociedade (STANLEY *et al.*, 2019).

Estudos conduzidos desde 1983 identificaram o racismo e a variação na saúde associada, incluindo o alcance a doenças mentais e físicas. Esses, publicados precocemente, promoveram a indicação dos impactos do racismo na saúde e abriram campo para estudos futuros, assim como, revisões publicadas em 2000 evidenciaram consistentes associações do racismo com distúrbios mentais, a partir do exame de deficiências mentais e físicas em afrodescendentes norte-americanos (PARADIES *et al.*, 2015).

Assim, o preconceito racial ainda potencializa e gera comorbidades mentais. Vítimas dessa mazela social, possuem duas vezes mais chances de desenvolver duas doenças ao mesmo tempo e três vezes mais chances de apresentar três ou mais distúrbios ao mesmo tempo. Essa situação acontece, pois há um desrespeito à identidade do indivíduo, fazendo com que o sofredor se sinta diminuído e passe a questionar se ele possui algum valor. Pela saúde mental ainda hoje ser uma área que muitas vezes é negligenciada, fatos como esse não são difundidos na sociedade (WILLIAMS, 2018).

Tendo em vista as disparidades econômicas extremas, que ainda estão presentes no cenário brasileiro, é cabível ressaltar as diferenças de acesso à saúde. Os negros utilizam o SUS mais que os brancos, essa maior porcentagem está mais evidente na região sudeste, porém no Brasil todo há essa relação. Outro dado importante de desigualdade é o acesso aos planos de saúde particulares, em que a população branca possui um número bem maior de usuários, enquanto que a população afro-brasileira que usa esse recurso não passa da metade dos brancos (LAGES *et al.*, 2017).

Acrescenta-se a questão, as diferenças de tratamento a nível de atendimento à saúde, o chamado racismo institucional, cuja manifestação faz-se de duas formas. A indireta, por meio da infraestrutura precária e sucateamento dos serviços de saúde, pela falta de informações acerca de doenças majoritariamente acometidas em negros, como anemia falciforme, ou até por concepções errôneas manifestadas por profissionais da

saúde, vide o fato de proporem uma maior resistência pelo fato de serem negros. Já a direta se manifesta por preconceitos existentes na classe médica que acabam por dificultar a relação médico-paciente, e impedem, portanto, que os negros usuários do serviço de saúde tenham informação e suporte médico adequado para lidarem com as dificuldades e problemas diárias que carregam (FIGUEIRO; RIBEIRO, 2017).

Assim, foi criado o curso curricular Healthy Equity and Social Justice (HESJ), projetado para ser longitudinal através dos anos com o objetivo de fazer o conteúdo de equidade em saúde mais acessível e explícito. O curso inclui aulas sobre empoderamento e privilégio da relação médico-paciente, o preconceito inconsciente nos cuidados de saúde, traumas, espiritualidade determinantes sociais da saúde trabalhando com populações desassistidas, explorando as perspectivas do paciente em detrimento de outras (DALLAPIAZZA, 2018).

A expectativa de vida da população negra discriminada é reduzida por conta da maior quantidade de estressores, sendo um exemplo dele a morte de parentes e amigos. Segundo pesquisas realizadas em 2017, crianças negras possuem três vezes mais chances de perder a mãe aos 10 anos, duas vezes mais chances de perder um filho aos 30 anos e a esposa aos 60 anos (WILLIAMS, 2018).

As implicações raciais ainda na infância acabam por repercutir na vida adulta. Isso se deve pela exposição repetida ao estresse, acumulando danos ao corpo, e também pela incorporação biológica desse, e adversidades durante períodos de desenvolvimento sensíveis. Contudo, há ainda pouca literatura embasada nessa perspectiva durante a infância, sendo a maior parte dela americanas (PRIEST *et al.*, 2017).

Segundo o inciso 4º do artigo VII da Lei nº8080, criada em 1990, todos possuem acesso igualitário à saúde pública, independentemente de cor, idade, gênero e religião. Portanto, esse abismo de diferença de aten-

dimento de afro-brasileiros e brancos, configura-se como um crime, que pode levar a punições (BRASIL, 1990).

Em vista disso, criou-se o Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde”, cujo objetivo é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2017). No entanto, por meio do projeto de avaliação submetido ao programa, demonstrou-se que o desconhecimento da população e dos profissionais de saúde acerca de como o racismo impacta nos serviços de saúde, aliado à falta de comprometimento de gestores na implantação do programa, faz com que ele não tenha o devido alcance e resultados propostos em seu objetivo (BATISTA; BARROS, 2017).

CONCLUSÃO

A partir das pesquisas realizadas é possível concluir, por meio de uma reflexão, que o referencial teórico vislumbrado por Norman Daniels e ratificado na Constituição Brasileira pela Lei nº8080, que propõe a universalização do acesso à saúde, modelo na qual todos, sem exceção, possuem direito à saúde; e a equidade, na qual todas as pessoas devem ser beneficiadas de formas distintas de acordo com suas necessidades; não são respeitados e providos nem pelo Estado nem pela sociedade, o que acaba por acarretar em prejuízos físicos e psíquicos, como transtornos de ansiedade e depressão, para a população negra, tornando-a ainda mais vulnerável, já que apenas o processo histórico já era suficiente para tal.

Nesse viés, o racismo institucional praticado pelo Estado, que se manifesta na precarização dos serviços de saúde, vide a falta de infraestrutura e o sucateamento dos mesmos, além da deficiência educa-

cional e informativa não providas pelo Estado, acaba por dificultar o processo de emancipação e mudança para uma ascensão social e melhora de vida. Isso perpetua uma situação de desigualdade e prejuízo social que gera ‘desagências’ à população negra, impedindo-a de alcançar a verdadeira liberdade humana, uma vez que fica presa a uma situação da qual não consegue sair.

Ainda que existam papéis em que o Estado se configura como falho, deve-se ressaltar que no âmbito legal muito já foi feito para garantir que haja a equidade de acesso, independentemente de características sociais, políticas, culturais e econômicas da população adscrita. A Lei nº8080/90 foi um marco por advogar em favor da integralidade e igualdade de acesso ao atendimento, incluindo em suas diretrizes a não segregação da assistência e recursos da saúde. Complementa-se a essa, a PNSIPN que garantiu reforço no atendimento à população negra. Assim, dado o devido ênfase legislativo em torno de políticas de inclusão, cobra-se agora por efetividade na execução das mesmas.

A PNSIPN criada com o objetivo de amenizar tais fatores e possibilitar o acesso integral, visa a saúde negra e a promoção da equidade, princípios consoantes com a proposta de Daniels e presentes na Constituição Brasileira. No entanto, embora promissora, tal proposta insiste em permanecer inativa, já que a extrema dependência da participação de gestores municipais para sua instalação faz com que ela permaneça reclusa apenas à teoria.

Ademais, o racismo social que se manifesta nos preconceitos de uma sociedade que embora o faça de maneira camuflada, acaba por marginalizar e distanciar ainda mais os negros da inclusão social, seja ela fruto de concepções veladas erradas, como a de que eles não são capazes ou a de que determinado serviço não é para eles; seja pela marginalização econômica e social que o impedem de ter a mesma condição de competir e assim tentar assegurar uma elevação social. Esses fatores, em conjunto,

promovem uma violência, que gera marcas psíquicas que distorcem sentimentos e percepções dos negros sobre si mesmos.

É necessário, também, alternativas que visem a integridade mental e física das crianças e idosos. Como discutido, ataques gerados pelo racismo institucionalizado podem perdurar até a fase adulta, ou então diminuir a expectativa e qualidade de vida em idosos devido à associação ao desenvolvimento de transtornos mentais advindas de determinantes psicossociais como o racismo, assim como defendido por vários autores.

Mesmo que a problemática não seja isolada ao Brasil, enfatiza-se, também a necessidade de desconstrução do conceito de superioridade racial presente - ainda que de forma mais amena comparada aos séculos passados - para uma efetiva resolução de possíveis consequências psicossociais advindas do preconceito e violência sofrida. É preciso que seja sobrepujada a crença de que a raça venha a inferir qualquer característica que não a etnia, e para isso é raso que a solução se inicie pela educação e formação.

Outro ponto que deve ser ressaltado é a falta de pesquisas voltadas para o tema, e, também a polarização delas nos Estados Unidos da América. Tal foco em um país, contém um impasse, pois esse não reflete a realidade de grande parte dos países pelo mundo. Portanto, é preciso incentivar os pesquisadores pelo mundo todo, inclusive no Brasil, a investirem no tema para que, dessa forma, seja possível analisar a ocorrência do racismo e suas implicações na saúde em um contexto mais amplo.

Desaponta-se muito, ainda, com a conduta médica e de demais profissionais da saúde frente ao atendimento à populações negras. Ainda que o enraizamento do racismo não esteja imune a esses profissionais, é necessário que se saiba o quão importante é o posicionamento frente a populações mais suscetíveis que, por vezes, se sentem pouco ou mal assistidas.

Para resolver, ou pelo menos diminuir, os impactos provocados pelo racismo na saúde mental fazem-se necessárias medidas. Primeira-

mente, cabe ao Ministério da Saúde a promoção de cursos e minicursos que visam capacitar os profissionais de saúde a identificarem e tratarem problemas que afetam a saúde mental. Além dessa capacitação, os Conselhos Municipais de Saúde, devem fiscalizar se o atendimento nas unidades de saúde e nos hospitais são desprovidos de racismo e outros tipos de preconceitos e se seguem os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. C.; JESUS, J. P.; SCHOLZ, D. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 869-880, 2015.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00090516, 2017.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

DALLAPIAZZA, M. *et al.* Interactive Session for Medical Students. Exploring Racism and Health: An Intensive Interactive Session for Medical Students. **Me-EdPORTAL**, Washington, , v. 14, 10783, 2018.

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. Loyola. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, 2018.

DANIELS, N. Equity and population health: toward a broader bioethics agenda. **Hastings Center Report**, New York, v. 36, n. 4, p. 22-35, 2006.

FIGUEIRO, A. V. M.; RIBEIRO, R. L. R. Vivência do preconceito racial e de classe na anemia falciforme. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n.1, p. 88-99, 2017.

LAGES, S. R. C. *et al.* O preconceito racial como determinante social da saúde- a invisibilidade da anemia falciforme. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João Del Rei, v. 10, n. 1, p. 109-122, 2017.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, 2018.

PARADIES, Y. *et al.* Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 9, e0138511, 2015.

PARANHOS, D. G. A. M. *et al.* As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 1002-1011, 2018.

PRIEST, N. *et al.* Effects over time of self-reported direct and vicarious racial discrimination on depressive symptoms and loneliness among Australian school students. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 50, 2017.

SANTOS, A. O., SCHUCMAN, L. V., & MARTINS, H. V. (2012). Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, 32(esp.), p. 166-175, 2012.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: L. E. Batista, S. Kalkmann (Orgs.), **Seminário saúde da população negra do Estado de São Paulo 2004**. São Paulo, SP: Instituto de Saúde, 2005. p.129- 132.

STANLEY, J. *et al.* The impact of racism on the future health of adults: protocol for a prospective cohort study. **BMC Public Health**, London, v. 19, n. 1, p. 346, 2019.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WILLIAMS, D. R. Stress and the Mental Health of Populations of Color: Advancing Our Understanding of Race-related Stressors. **Journal of Health Soc. Behav**, Thousand Oaks, v. 59, n. 4, p. 466- 485, 2018..

CAPÍTULO 7

DETERMINANTES AMBIENTAIS E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: A QUESTÃO DO SANEAMENTO BÁSICO

Gabriel Carvalho Tondatto¹, Igor de Moraes Faria¹, Isabela Crispim Ribeiro¹, Karine Bianco da Cruz², Tatiana Carvalho Reis Martins³

RESUMO

Objetivo: Apresentar uma reflexão acerca da relação entre saneamento básico e seu impacto saúde da população. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na Lei 11.445 de 5 de Janeiro de 2007 e em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais. **Resultados e Discussão:** Dentre as implicações que a falta de saneamento traz para a sociedade, observou-se que as moléstias consequentes atingem, em sua maioria, a parcela da população vulnerável que vive em condições precárias e sem acesso à serviços básicos de saúde, o que foi possível notar ser consequência de uma lacuna deixada pela administração governamental. **Conclusão:** Conclui-se que deve ser prioridade para o poder público estabelecer o equilíbrio entre os aspectos que interferem no desenvolvimento do país a partir da promoção de serviços de saneamento básico que objetivem a prevenção de doenças e preservação do ambiente, a fim de promover maior qualidade de vida para a população e colaborar com a medicina e seu desenvolvimento.

Descritores: Saneamento básico; Meio ambiente; Saúde pública; Determinantes Sociais da Saúde.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela pela Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

INTRODUÇÃO

Conceituar saúde é uma função complexa, uma vez que, ao longo da história, várias definições foram atribuídas à ‘saúde’ e estas evoluíram de acordo com o tempo, com as mudanças culturais, políticas e socioeconômicas. Entre essas conceituações está a da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual se refere à saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social. Entretanto, ainda que seja ampla e muito aceita, essa assertiva acarretou várias críticas, assim como as outras tentativas de estabelecer o que é saúde. Desse modo, a Constituição Federal Brasileira de 1988 não discute o conceito de saúde, mas a estabelece como um direito de todos e um dever do Estado (SCILIAR, 2007).

Entretanto, independente do conceito de saúde considerado, de acordo com Carrapato, Correia e Garcia (2017), atualmente é inquestionável que as condições sociais, ambientais e econômicas influenciam as condições de saúde das populações. Ademais, de maneira específica, é possível destacar a relevância dos fatores ambientais na saúde pois podem ser vistos como os mais valorizados pela OMS, por determinarem 25% da saúde da população.

Segundo Ferreira *et al.* (2016), o saneamento básico é um serviço de infraestrutura fundamental na promoção da saúde pública em uma localidade, relacionado diretamente com os impactos na saúde da população e os custos gerados, devido à ineficiência do serviço de saneamento ambiental no Brasil. Ademais, saneamento pode ser definido como várias medidas que visam manter ou alterar as condições ambientais para a prevenção de doenças ou a promoção da saúde, visando também melhorar a qualidade de vida da população e a produtividade das pessoas, impactando positivamente no âmbito econômico do país (GARCIA; FERREIRA, 2017).

Para exemplificar tais afirmações é possível afirmar que a falta de saneamento básico e a precariedade dos serviços contribuem, segundo

Garcia e Ferreira (2017) para a incidência de infecções gastrointestinais de origem infecciosa presumível. Outrossim, é possível afirmar que as doenças negligenciadas prevalecem em condições de pobreza e precariedade de saneamento, contribuindo para a manutenção do quadro de desigualdade, já que estão relacionadas ao desenvolvimento de um país. Além disso, matam um milhão de pessoas por ano, no mundo, além de causar impacto na produtividade dos trabalhadores (COLE *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, é possível correlacionar a má qualidade da água, da terra, dos alimentos, a poluição atmosférica e diversos outros fatores ambientais à impactos na saúde e estabelecer, dessa forma, uma reflexão acerca do saneamento básico, a ausência dele e sua influência na saúde. Assim, este capítulo teve como objetivo, apresentar uma reflexão acerca da relação entre saneamento básico e seu impacto saúde da população.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica com a finalidade de analisar a relação dos determinantes ambientais e o processo saúde-doença através de um estudo profundo da relação do saneamento básico na saúde da população, partindo dos pressupostos da Lei 11.445 de 5 de Janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). Além disso, a análise foi feita por meio de pesquisas em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos anos, sendo realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Lei nº 11.445, promulgada em 5 de janeiro de 2007, define as diretrizes nacionais relacionadas à questão do saneamento básico no Brasil, de modo a se embasar, entre outros princípios, dispostos no artigo 2, na integralidade, na universalidade e na 'adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais' (BRASIL, 2007).

De modo amplo, esta lei considera como atribuições do serviço de saneamento básico as ações de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, além da drenagem e manejo das águas pluviais. Essas atividades, no plano operacional, demandam um conjunto de ações, infraestrutura e instalações necessárias que devem ser coordenadas pelos estabelecimentos da lei, para que possam funcionar de forma adequada (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que a lei em questão, em seu artigo 52 estabelece o compromisso da União, sob a coordenação do Ministério das Cidades, em elaborar o Plano Nacional de Saneamento Básico (PNSB) que deve conter ‘metas nacionais e regionalizadas, de curto, médio e longo prazos, para a universalização dos serviços de saneamento básico e o alcance de níveis crescentes de saneamento básico no território nacional’ (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, orienta também a articulação entre os níveis federais, estaduais e municipais no planejamento e execução dos planos regionais de saneamento básico.

Além do que foi exposto, a legislação federal 11.445/07, em seu artigo 48 estabelece que a União observará a “prioridade para as ações que promovam a equidade social e territorial no acesso ao saneamento básico”, buscando avaliar o que é realizado. O que está proposto no artigo 48 visa proporcionar uma melhor qualidade de vida, por meio de melhorias nas condições de saúde pública e meio ambiente, fatores extremamente interligados. Para que isso possa ser alcançado, o artigo 48 determina, em seu parágrafo único, a necessidade da ‘articulação, inclusive no que se refere ao financiamento, com o saneamento básico’ (BRASIL, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Ferreira *et al.* (2016) o termo saneamento básico, sempre foi designado à prestação de serviços à população, tais como abastecimento de água, esgotamento sanitário, gestão de resíduos sólidos e

manejo de águas pluviais urbanas, com o intuito de promoção da saúde, segurança à vida, ao patrimônio público e privado, além da proteção ambiental. Destaca-se ainda no contexto internacional que o acesso à água potável e ao saneamento básico é imprescindível para a saúde pública e necessário para a sustentação da vida humana.

Dessa forma, é válido destacar que em 2007 foi promulgada a Lei 11.445/2007 (BRASIL, 2007), que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico e apresenta para ele, uma definição mais completa. Ferreira e Garcia (2017), destacam que, apesar da definição de saneamento básico estabelecida na da Lei 11.445/07 como um conjunto amplo de ações integradas e que, em tese seriam suficientes para suprir as demandas do país, na prática, o Brasil trata o saneamento como serviços de acesso à água potável, à coleta e ao tratamento dos esgotos, ou seja, um serviço básico e que ainda assim não é cumprido em sua totalidade.

Os problemas relacionados à saúde pública e a poluição do ambiente, analisados por Rodrigues *et al.* (2017) e embasados por Ribeiro e Rooke (2010), fazem com que a humanidade encontre soluções para resolver os problemas de saneamento básico como tratamento de esgoto, coleta de lixo e o tratamento dos resíduos sólidos, para assim ter um abastecimento de água seguro para o consumo humano. Sendo assim, defende-se que controlar e prevenir doenças é o principal objetivo do saneamento, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida da população.

Dados gerados em 2016 pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), e analisados por Ferreira *et al.* (2016), em relação ao esgoto gerado, somente 40,8% sofre algum tipo de tratamento e neste cenário, quase 60% do esgoto doméstico gerado no Brasil é lançado in natura nos corpos d'água. Por fim, somente 70,9% de todo esgoto coletado no Brasil, considerando a área urbana e a área rural, recebe algum tipo de tratamento.

De acordo com números do SNIS, divulgado em junho de 2012, a

distribuição de água potável chega a 81,1% da população. A disparidade é visível uma vez que, enquanto a região centro-oeste tem aproximadamente 50% de esgoto tratado e a região sul, 41%, a região nordeste conta com apenas 32%, maior apenas que a porcentagem da região norte, igual a 16,42% (FERREIRA; GARCIA, 2017).

Destaca-se que a falta de saneamento básico ou a ineficiência da prestação desses serviços, contribui de forma incisiva para a precariedade da saúde pública de uma localidade. Isso fica bastante evidenciado no Brasil ao se observar a qualidade da maioria dos corpos d'água urbanos, a qualidade de vida do cidadão e o elevado nível de susceptibilidade da população às doenças de veiculação hídrica, que segundo Fundação Nacional de Saúde são classificadas como Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) (FERREIRA *et al.*, 2016; BRASIL, 2010).

Acompanhando o trabalho de Rodrigues *et al.* (2017), torna-se notável que a contaminação das águas naturais representa um alto risco a saúde humana, evidenciando que essa estreita relação entre a qualidade da água e as inúmeras enfermidades nas populações humanas estão ligadas por serviços de saneamento prestados e a causalidade entre essas condições.

A partir da coleta de dados de Ferreira *et al.* (2017), é possível inferir que grande parte das doenças registradas pela falta de saneamento é de transmissão oral-fecal e apresenta como sintoma, além de outros, a diarreia, que é bastante característica desse grupo de enfermidades.

Dessa forma, a classificação ambiental unitária das infecções relacionadas com o saneamento, organizada por Soares, Bernardes e Cordeiro Netto (2002), podem ser observadas nas seguintes categorias e suas medidas de prevenção e controle conforme o Quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Infecções relacionadas com o saneamento (água e excretas) e suas medidas de prevenção e exemplos (organismos ou a doença).

Infecções relacionadas com o saneamento	Medidas de prevenção e exemplos
<p>A) Doenças do tipo feco-oral (transmissão hídrica ou relacionada com a higiene)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • melhora da quantidade, disponibilidade e confiabilidade da água (abastecimento de água), no caso das doenças relacionadas à higiene; • melhora da qualidade da água (tratamento de água), para as doenças de transmissão hídrica; • educação sanitária. <p>Ex.: hepatite A, E e F, poliomielite, cólera, disenteria bacilar, amebíase, diarreia por escherichia coli e rotavírus, febre tifóide, giardíase e ascaridíase.</p>
<p>B) Doenças do tipo não feco-oral (relacionadas com a higiene)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • melhora da quantidade, disponibilidade e confiabilidade da água (abastecimento de água); • educação sanitária. <p>Ex.: doenças infecciosas da pele e dos olhos e febre transmitida por pulgas.</p>
<p>C) Helmintíases do solo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tratamento das excretas ou esgotos antes da aplicação no solo; • educação sanitária. <p>Ex.: ascaridíase e ancilostomose.</p>

Infecções relacionadas com o saneamento	Medidas de prevenção e exemplos
D) Teníases	<p>Como na categoria C, mais cozimento e inspeção da carne. Ex.: Teníases</p>
E) Doenças baseadas na água	<ul style="list-style-type: none"> • diminuição do contato com águas contaminadas; • melhora de instalações hidráulicas; • sistemas de coleta de esgotos e tratamento dos esgotos antes do lançamento ou reuso; • educação sanitária. <p>Ex.: leptospirose e esquistossomose.</p>
F) Doenças transmitidas por inseto vetor	<ul style="list-style-type: none"> • identificação e eliminação dos locais adequados para procriação; • controle biológico e utilização de mosquiteiros; • melhora da drenagem de águas pluviais. <p>Ex.: malária, dengue, febre amarela, filarirose e infecções transmitidas por baratas e moscas relacionadas com excretas.</p>
G) Doenças relacionadas com vetores roedores	<ul style="list-style-type: none"> • controle de roedores • educação sanitária; • diminuição do contato com águas contaminadas. Ex.: leptospirose e doenças transmitidas por vetores roedores

Fonte: Soares, Bernardes e Cordeiro Netto (2002, p.1719)

Nesse contexto, Rodrigues *et al.* (2017) analisa os casos de doenças zoonóticas e defende que esses casos vêm aumentando gradualmente devido às constantes modificações causadas pelo homem no ambiente,

principalmente em regiões onde as populações são carentes, possuem hábitos precários de higiene e baixa renda, propiciando um espaço maior para a infecção por agentes patogênicos.

Nota-se ainda um aumento expressivo do número de animais de estimação nos domicílios e animais sinantrópicos que têm contribuído para a disseminação de doenças. A falta de saneamento básico aliado às chuvas, enchentes, lixos urbanos, e a alta densidade demográfica também geram grandes contingentes propícios a tais endemias (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Segundo Buchalla, Waldman e Laurenti (2003), parte das moléstias relacionada à falta de saneamento, habitações inadequadas, condições de trabalho insalubres e baixo nível de escolaridade propiciam condições para elevadas taxas de mortalidade por diarreia, varíola, peste, cólera e tuberculose, mesmo em países desenvolvidos.

Evidenciou-se que, tanto na região nordeste como na região sudeste, o maior número de casos dessas doenças aconteceu no ano de 2002, seguido pelo ano de 2008. Em outras regiões (norte, sul e centro-oeste) o maior número de casos registrados ocorreu em 2010. Pode-se observar que tanto em 2002 como em 2008, os resultados apresentados para as regiões nordeste e sudeste sofreram forte influência da Dengue que neste período apresentou número de casos bastante elevados. Ressalta-se ainda que, em relação a todo o período estudado, desde 2001 até 2010, os casos de dengue no Brasil representam 77% de todas as doenças analisadas (FERREIRA *et al.*, 2016).

Analisando os dados obtidos entre 2001 e 2010, Ferreira *et al.* (2016) considera os gastos do Estado com saneamento, o número de doenças acometidas por consequência à precariedade desse serviço e o gasto no mesmo período com saúde na tentativa de reverter as enfermidades que poderiam ser evitadas. Pode-se estimar que foram gastos com saneamento em torno de R\$ 17,00/ habitante e, em relação à saúde, os gastos

foram da ordem de R\$ 215,00/ habitante, não podendo se esquecer o desgaste emocional e de bem estar tanto do paciente como dos familiares em um tratamento de uma doença de veiculação hídrica que em muitos casos poderia ser evitada simplesmente com uma prestação de serviços de saneamento adequada.

CONCLUSÃO

Em suma, fica evidente a relação do saneamento básico com a saúde da população e a relevância dos serviços de saneamento para a prevenção de doenças e preservação do ambiente, o que deve ser prioridade para o poder público, o qual deve buscar o equilíbrio entre os aspectos ecológicos, sociais e econômicos, afinal, uma nação sem saúde afeta todos os outros aspectos de desenvolvimento do país. Além disso, os dados estatísticos abordados que representaram a disparidade das regiões brasileiras em relação ao acesso à água potável evidencia, claramente, um déficit na administração governamental que, conseqüentemente, favorece a aquisição de patologias advindas por conta dessa má distribuição de recursos hídricos, afetando, principalmente, a parcela da população menos abastada, que acaba sendo obrigada a conviver em condições precárias de moradia e tendo que recorrer frequentemente aos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando, desse modo, um ciclo cujo o fim está sob responsabilidade governamental.

Ademais, diante do grande número de fatores socioambientais e climáticos que influenciam na proliferação de doenças, percebe-se a necessidade de realizar ações efetivas para que estes fatores não venham prejudicar a saúde e o bem-estar da população, estando, dentre essas medidas, o controle vetorial em áreas de risco, as atividades de educação ambiental e saúde e a adequada distribuição e acesso ao saneamento básico. Por fim, uma maior efetividade dos programas de educação ambiental se faz necessária na medida em que a reeducação das populações vulneráveis

pode ser um instrumento eficaz para a minimização dos impactos ambientais ocasionados pela ação do homem, visando potencializar a preservação do ambiente, tornando essa uma prática social e de ética ambiental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Impactos na saúde e no sistema único de saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2010. 246 p.

BRASIL. **Lei nº. 11.445, de 05 de janeiro de 2007**. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 de janeiro de 2007.

BUCHALLA, C. M; WALDMAN, E. A; LAURENTI, R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 335-344, 2003.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, jul.- set. 2017.

COLE, E. R. *et al.* Prevalência de enteroparasitoses entre os moradores do Bairro Terra Vermelha no município de Vila Velha, Espírito Santo, e possíveis fatores causais relacionados. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v.6, n. 2, 2009.

FERREIRA, M. P.; GARCIA, M. S. D. Saneamento básico: meio ambiente e dignidade humana. **Dignidade Re-Vista**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 2017.

FERREIRA, P. S. *et al.* Avaliação preliminar dos efeitos da ineficiência dos serviços de saneamento na saúde pública brasileira. **Revista Internacional de Ciências**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 214-229, jul.-dez. 2016.

RIBEIRO, J. W; ROOKE, J. M. S. **Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública**. Juiz de Fora. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Análise Ambiental) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

RODRIGUES, C. F. M. *et al.* Desafios da saúde pública no Brasil: relação entre zoonoses e saneamento. **Brasil: Scire Salutis**, Aracajú, v. 7, n. 1, p. 27-37, 2017.

SCILIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: revista Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SOARES, S. R. A; BERNARDES, R. S; CORDEIRO NETTO, O. M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1713-1724, nov.-dez. 2002.

CAPÍTULO 8

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA REDUÇÃO DOS RISCOS RESPIRATÓRIOS ADVINDOS DA POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA

Mariana Mazali Silva¹, Rafaela Caldato Spegiorin¹, Rafaela Maria Martins de Oliveira¹, Karine Bianco da Cruz², Tatiana Carvalho Reis Martins³

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca das possibilidades de atuação do profissional de saúde na prevenção de riscos para a saúde respiratória, decorrentes da emissão de poluentes na atmosfera por meio da educação em saúde. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada no documento do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde intitulado ‘Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental’. **Resultados e Discussão:** A exposição às partículas em suspensão tem sido relacionada a uma série de consequências negativas para a saúde, envolvendo alterações transitórias às vias respiratórias, o comprometimento da função pulmonar e o aumento do risco de morte por doenças cardiovasculares e respiratórias. No intuito de enfrentar essa problemática torna-se necessário realizar um processo de educação ambiental e educação em saúde que envolva as características locais e integre a população de modo a promover saúde. **Conclusão:** A reflexão acerca da atuação do profissional de saúde na prevenção de riscos para a saúde respiratória desvelou que a educação em saúde é necessária para a conscientização da população frente às consequências da emissão de poluentes na atmosfera. Entretanto, foi possível observar que a educação em saúde acerca dessa temática ainda não é uma realidade abrangente e efetiva no Brasil.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Descritores: Saúde Ambiental; Poluição do Ar; Profissionais de Saúde; Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população define um campo de conhecimento referido como ‘saúde ambiental’ ou ‘saúde e ambiente’ (BEZERRA, 2017).

A Saúde Ambiental inclui todos os fatores da saúde humana, como, por exemplo, a qualidade de vida. Esses fatores são definidos por aspectos físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Ainda, se atribui a prática de valorar, corrigir, controlar e evitar fatores do ambiente que possam ser prejudiciais à saúde de gerações atuais e futuras (EHPC, 1998).

Segundo Dapper, Spohr e Zanini (2016), os efeitos da poluição são descritos desde a antiguidade, porém foi com o advento da Revolução Industrial que a população brasileira passou a sentir em grandes proporções os seus efeitos. O crescimento rápido das indústrias e o grande número de veículos em circulação promoveram a emissão de poluentes em larga escala no país, tornando a qualidade do ar prejudicial às pessoas. O sistema respiratório é um sistema que possui grande área de contato com o meio externo, por isso a saúde respiratória é influenciada diretamente pela qualidade do ar.

No Brasil foi criada a Política Nacional do Meio Ambiente (PNMA), que tem por objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no país, condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana (BRASIL, 1981).

Destaca-se que no Brasil, especialmente nos grandes centros, a industrialização é o setor econômico que mais cresce e com ele gran-

des prejuízos à saúde da população local. Sabe-se que inúmeras substâncias extremamente nocivas para o ser humano são emitidas por essas indústrias contaminando os solos, a água, os alimentos e principalmente o ar. Por conta disso, muitos problemas respiratórios se tornam consequências desse grande desenvolvimento do país, e os indivíduos mais atingidos pelo efeito da poluição atmosférica são as crianças e os idosos (DAPPER; SPOHR; ZANINI, 2016).

Vale ressaltar que além de provocarem efeitos na saúde da população, os problemas causados pela poluição do ar também geram impactos negativos no que se refere à perspectiva econômica e social. Queda da produtividade agrícola, aumento de custos dos sistemas de saúde, maior vulnerabilidade das populações carentes podem ser vistas como exemplos de problemas causados pela contaminação do ar (DAPPER; SPOHR; ZANINI, 2016).

Outra problemática de grande relevância são as queimadas. De acordo com Andrade Filho *et al.* (2017), a queima de biomassa está entre os principais colaboradores mundiais para a emissão de poluentes atmosféricos, abrangendo os gases de efeito estufa e material particulado, ocasionando, em muitos casos, a exposição humana a elevados níveis de poluentes do ar.

O profissional de saúde tem papel essencial na promoção da educação em saúde, pois podem agir de forma a promover o equilíbrio e a saúde ambiental, ao adotarem práticas mais sustentáveis, em termos ambientais e econômicos (SARI; CAMPONOGARA, 2017).

Observa-se que no Brasil há pouca conscientização a respeito da relação entre problemas ambientais, como a poluição do ar, e doenças respiratórias. Além disso, problemas ambientais têm sido pouco considerados como determinantes da saúde. Por isso, as pesquisas em saúde ambiental são essenciais para subsidiar políticas, programas e ações que promovam justiça ambiental.

Assim, este estudo teve como objetivo refletir acerca das possibilidades de atuação do profissional de saúde na prevenção de riscos para a saúde respiratória, decorrentes da emissão de poluentes na atmosfera por meio da educação em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o documento do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde intitulado 'Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental' (BRASIL, 2007). A pesquisa foi realizada por meio de busca na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

REFERENCIAL TEÓRICO

O documento 'Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental', do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), busca colaborar para a promoção de saúde humana por meio de um conjunto de ações integradas diante dos determinantes socioambientais (BRASIL, 2007).

O pedestal dessa política é a Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), consistindo em atuações que proporcionam conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que podem interferir na saúde da população, na tentativa de aplicar medidas de prevenção e controle dos riscos ambientais associados às doenças ou agravos à saúde (BRASIL, 2007).

A saúde ambiental estrutura-se na proteção e promoção da saúde da população brasileira, e para que a implementação da Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) seja alcançada, são necessárias linhas de atuação, como estruturação e fortalecimento da VSA, construção de agendas intersetoriais integradas, fomento à promoção de ambientes saudáveis,

estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em saúde ambiental e a construção de um Sistema de Informação Integrado em Saúde Ambiental (BRASIL, 2007).

A política tem como base ações intersetoriais, conciliando as práticas da VSA com outros procedimentos adotados por outros setores, como o Ministério do Meio Ambiente (MMA), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério das Comunicações (MC), para maior aproveitamento dos recursos disponíveis, buscando a consolidação de uma Política Pública Integrada (BRASIL, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A degradação ambiental vem se tornando mais comum na sociedade em decorrência do crescimento econômico que se utiliza de recursos naturais como obra prima de diversos insumos. Contudo, inúmeros gases e resíduos são emitidos por indústrias para formação destes produtos e pelo próprio homem na atmosfera e no solo que afetam não só as comunidades próximas a essas fontes de emissão, mas também locais distantes (DAPPER; SPOHR; ZANINI, 2016).

Segundo Brasil (2007), a exposição às partículas em suspensão tem sido relacionada a uma série de consequências negativas para a saúde, envolvendo alterações transitórias às vias respiratórias, o comprometimento da função pulmonar e o aumento do risco de morte por doenças cardiovasculares e respiratórias.

Ainda, de acordo com Dapper, Spohr e Zanini (2016), entre os poluentes mais nocivos que são lançados no ar, estão o dióxido de enxofre, óxido de nitrogênio, ozônio, entre outros. Esses gases em contato com as vias respiratórias desencadeiam problemas sérios na saúde, como bronquite crônica, rinites alérgicas, doenças asmáticas e assim por diante. No intuito de enfrentar essa problemática, torna-se necessário realizar

um processo de educação ambiental que envolva as características locais e integre a população de modo a promover saúde. Essa educação ambiental deve ser um compromisso dos profissionais de saúde, principalmente trabalhadores das unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) que visam sempre a promoção da saúde e a prevenção das doenças, atuando de modo a conscientizar a respeito dos prejuízos das queimadas para a saúde dos cidadãos (SARI; CAMPONOGARA, 2017).

Esse método busca promover a sustentabilidade ambiental e com isso garantir uma melhor qualidade de vida. Além disso, os profissionais não devem apenas restringir esse conhecimento nas unidades de saúde, mas sim inserir na formação das crianças nas escolas, por exemplo. Realizando um trabalho em conjunto com o MEC inserindo conteúdos envolvendo a temática de educação ambiental e educação em saúde, principalmente em relação à prevenção de doenças respiratórias, nas grades curriculares em todos os níveis de ensinos. A abordagem desse conteúdo pode ser através de palestras e projetos que visam conscientizar acerca da relação entre ambiente e saúde, já que as crianças são indivíduos que estão em processo de construção do conhecimento e apresentam um grande potencial de mudança (BRASIL, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Ademais, de acordo com Alves, Ximenes e Araújo (2015), a educação em saúde vem sendo instituída por meio de programas e políticas específicas ações integradas que envolvem a sociedade, o setor saúde, educação e meio ambiente nas três esferas governamentais: União, Estados e Municípios. Um exemplo dessas ações é a Política Nacional de Educação Ambiental (PNEA).

Para a consolidação dos programas e políticas, cabe citar o MS, responsável por formular, implementar, acompanhar, avaliar e coordenar a PNSA e o MMA. Cabe ao MS harmonizar a aplicação das políticas e das normas referentes a substâncias químicas; normalizar conjuntamente referências à qualidade da água e do solo, bem como à poluição do ar,

fiscalizando as indústrias em relação a emissão de poluentes; desenvolver ações conjuntas de promoção de ambientes saudáveis e implementação da Agenda 21; implantar temas relacionados à saúde ambiental junto aos programas de educação ambiental, entre outras ações (BRASIL, 2007).

Ainda, de acordo com Brasil (2007), outra estratégia para a educação em saúde é a atuação do MC. Os meios de comunicação exercem grande influência junto à sociedade, dessa forma, uma estratégia exitosa seria utilizar propagandas e campanhas que alertem sobre as consequências da poluição atmosférica, juntamente com a mobilização da sociedade em prol da saúde ambiental.

Em relação às ações de prevenção, volta-se prioritariamente às crianças e aos idosos, que são considerados mais suscetíveis às doenças respiratórias. Segundo Prato *et al.* (2014), o crescimento e o desenvolvimento infantil são apontados como períodos do cuidado preventivo de doenças respiratórias, e estes vão desde a qualidade do atendimento pré-natal, assistência obstétrica, cobertura vacinal, até mesmo ao estímulo ao aleitamento materno, como forma de estimular o sistema imunológico da criança, ampliando suas defesas e protegendo sobretudo essas doenças.

Os idosos são vulneráveis aos efeitos da poluição atmosférica devido a alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento como a redução da resposta do sistema imunológico (imunosenescência) e da função pulmonar (ARBEX *et al.*, 2012). Quanto às ações preventivas voltadas aos idosos, torna-se necessária a estimulação à vacinação anual contra influenza, para a diminuição de infecções no trato respiratório. Além disso, os idosos fumantes devem ser um dos principais alvos de cessação do tabagismo para a prevenção contra doenças crônicas, visto que o uso do cigarro somado às poluições atmosféricas são fatores de risco para adquirir doenças respiratórias (BACURAU; FRANCISCO, 2018; ZAITUNE *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

A reflexão acerca da atuação do profissional de saúde na prevenção de riscos para a saúde respiratória desvelou que a educação em saúde é necessária para a conscientização da população frente às consequências da emissão de poluentes na atmosfera. Entretanto, foi possível observar que a educação em saúde ainda não é uma política abrangente e efetiva no Brasil, visto que o país apresenta muito óbitos relacionados à poluição do ar.

Por isso, o aprimoramento das ações de educação em saúde em conjunto com a fiscalização dos órgãos públicos responsáveis é primordial para a promoção da saúde ambiental. A implementação de ações intersetoriais também poderá favorecer o enfrentamento dos determinantes socioambientais e contribuir na prevenção de agravos à saúde resultante da poluição atmosférica.

Cabe acrescentar que é relevante para a prática em Medicina o ensino sobre os determinantes ambientais da saúde, para que os estudantes e futuros profissionais de saúde possam conscientizar seus pacientes a respeito da temática, oferecer a assistência necessária frente a agravos decorrentes da poluição do ar, e também, para servir de exemplo à população não poluindo o meio ambiente e colaborando para o desenvolvimento de ambientes saudáveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. L.; XIMENES, M. F. F. M.; ARAÚJO, M. F. F. A educação em saúde ambiental nos serviços de saúde do SUS. **HOLOS**, Natal, v. 5, p. 414-429, 2015.

ANDRADE FILHO, V. S. *et al.* Distribuição espacial de queimadas e mortalidade em idosos em região da Amazônia Brasileira, 2001 -2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 245-253, 2017.

ARBEX, M.A. *et al.* A poluição do ar e o sistema respiratório. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 38, n. 5, p. 643-655, 2012.

BACURAU, A. G. M; FRANCISCO, P. M. S. B. Prevalência de vacinação contra gripe nas populações adulta e idosa com doença respiratória pulmonar crônica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.

BEZERRA, A. C. V. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1044-1057, 2017.

BRASIL. **Lei n° 6.938 de 1981**. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da política nacional de saúde ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DAPPER, S. N.; SPOHR, C.; ZANINI, R. R. Poluição do ar como fator de risco para a saúde: uma revisão sistemática do no estado de São Paulo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 83-97, 2016.

EHPC. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. An ensemble of definitions of environmental health. 20 nov. 1998. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/vWoY83> >

PRATO, M. I. C. *et al.* Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, [s.n.], v.14, n.1, p. 9-33, 2014.

RIBEIRO, C. R. B. *et al.* Educação ambiental e em saúde com escolares: outros rumos para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017.

SARI, V.; CAMPONOGARA, S. Aspectos relevantes da educação ambiental na visão de educadores ambientais de uma instituição hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, 2017.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.583- 596, 2012.

CAPÍTULO 9

ACESSO DE DEFICIENTES AUDITIVOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: COMUNICAÇÃO E AUTONOMIA

Aline Souza Costa de Paulo¹, Bruna Manfio Gabriel Mantovani¹, Milla Bitencourt Cabral¹, Priscila Kelly da Silva Neto², Maristela Rodrigues Marinho³, Juliana Dias Reis Pessalacia⁴

RESUMO

Objetivo: Proporcionar uma reflexão acerca do acesso e da inclusão do deficiente auditivo durante o atendimento pela equipe de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), dando destaque para os desafios do processo comunicacional entre o usuário e os profissionais de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na legislação brasileira acerca do acesso à saúde por pessoas com deficiência. **Resultados e Discussão:** Embora haja leis que garantam o atendimento equânime ao deficiente auditivo, esse grupo ainda enfrenta obstáculos para a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, principalmente no que tange a comunicação com a equipe de saúde e setores de apoio, os quais não se encontram aptos para o uso da Libras. Tal problemática além de ocasionar situações de desconforto e constrangimento ao usuário, implica no desrespeito ao princípio da dignidade como autonomia. **Conclusão:** Propõe-se que o aprendizado de Libras torne-se uma disciplina obrigatória na grade curricular de cursos de graduação da área de saúde e que os serviços de saúde incluam em seus planejamentos a formação permanente de profissionais de saúde e capacitação dos serviços de apoio para a garantia de acolhimento e acesso da pessoa com deficiência. Essa reflexão e suas possíveis soluções são de extrema importância

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Enfermeira Pós graduada em Auditoria e gestão em saúde pela Instituição de Ensino, Capacitação e Pós-graduação (INDEP).

³ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Associada II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

para o desenvolvimento completo e humanitário da saúde, pois envolve toda a comunidade para alcançar a plena inclusão social dos deficientes auditivos.

Descritores: Saneamento básico; Meio ambiente; Saúde pública; Determinantes Sociais da Saúde.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que existem mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo com grau leve/moderado ou severo/profundo de surdez. No Brasil, verifica-se que, 23,92% da população alega portar alguma deficiência, entre esse grupo, 2,2 milhões de pessoas, ou seja 21,31%, apresenta algum grau de deficiência auditiva (IBGE, 2010). Nesse cenário, nota-se que a deficiência auditiva caracteriza-se como uma questão de saúde pública no país (ARAGÃO *et al.*, 2014).

O direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva garante que seja ofertado pela presença de profissionais da saúde aptos na comunicação em Língua Brasileira de Sinais (Libras) (BRASIL, 2005). Ressalta-se então, que o atendimento na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde ao grupo estudado deva ser realizado por profissionais qualificados para o uso de Libras (SOUZA *et al.*, 2017).

A comunicação é uma ferramenta imprescindível para garantir a relação social e só executa sua função completa quando a mensagem enviada é recebida e entendida com o mesmo sentido a qual foi transmitida. Segundo Oliveira *et al.* (2015) o processo configura-se satisfatório quando a linguagem verbal ou não-verbal é coerente e completa. Ao tratar-se de cidadãos com deficiência auditiva, percebe-se que os desafios na comunicação comprometem a interação profissional-paciente, pois a ausência da linguagem oral desintegra o deficiente auditivo da sociedade ouvinte. Fator que o impede de ter acesso amplo aos serviços sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Mesmo na presença de um amparo legal que promova a garantia dos direitos dos deficientes auditivos, o atendimento a tais direitos nos serviços do SUS, frequentemente é falho. Isso ocorre pela dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes e configura-se como fator prejudicial à assistência prestada (ARAGÃO *et al.*, 2014).

Embora o Brasil esteja entre os países mais inclusivos da América, o grupo de deficientes auditivos reivindica a implementação de políticas públicas, a fim de garantir a totalidade do direito destinado a eles. Dessa forma, espera-se uma conduta engajada da sociedade civil para potencializar melhorias em relação à conjuntura de acessibilidade e inclusão dos deficientes auditivos nos serviços de saúde da rede pública (PAGLIUCA *et al.*, 2015). Nota-se que em um meio no qual a língua oral predomina e, portanto, os deficientes auditivos precisam se adaptar a ela para a integração na sociedade, a população não está preparada para a inclusão desse grupo. Em virtude disso, o encontro entre o deficiente e o profissional de saúde é permeado por desafios na comunicação (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Nesse prisma, evidencia-se que o meio social não está preparado para atender em absoluto às necessidades de saúde desse grupo, torna-se relevante a existência de medidas que envolvam o meio social, a família e a saúde pública, como recurso para integralizar a assistência às necessidades dos deficientes auditivos (FRANÇA *et al.*, 2016).

A limitação auditiva, atrelada à precariedade no acolhimento ao grupo em questão, restringe o acesso ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sabe-se que tal acontecimento evidencia a falta de competências profissionais para o atendimento às necessidades desta população, o que pode resultar em déficit na qualidade do atendimento e no grau de satisfação do usuário (FRANÇA *et al.*, 2016).

Visa-se, portanto, refletir acerca dos desafios para o acesso aos serviços públicos de saúde pelos deficientes auditivos, decorrentes do pro-

cesso comunicacional, visto que há diferenças entre aquilo que é requerido e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços de saúde pública.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), obra do Ministério da Saúde (2004) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, obra baseada na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2015). Ademais, fez-se o uso de pesquisas em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais.

REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho foi fundamenta-se na legislação brasileira que instituiu a Política Nacional de saúde da Pessoa com deficiência (PNSPD), através da Portaria GM/MS nº 1060 de 05 de Junho de 2002, voltada para a inclusão da pessoa com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para sua inclusão em todas as esferas de sua vida social. São diretrizes da PNSPD a promoção da qualidade de vida, assistência integral à saúde, prevenção de deficiências, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2002).

Em 28 de Setembro de 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2073 instituindo a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) no âmbito do SUS reafirmando os princípios e diretrizes como promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e equidade de indivíduos e coletividade. Define ainda como componentes fundamentais: atenção básica, que realiza ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos bem como ações informa-

tivas, educativas e de orientação familiar (BRASIL, 2004).

Também utilizou-se como referencial teórico para esta reflexão, a legislação brasileira acerca dos deficientes auditivos no país, a qual estabelece os parâmetros ideais de integração dessa comunidade. Tais direitos garantidos pelo governo são evidenciados no documento da PNAS, na Portaria nº 2.073, artigo 2 no inciso V, o qual diz: “Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva”.

Além disso, considerou-se neste capítulo, os pressupostos do Estatuto da Pessoa com Deficiência, com enfoque no Capítulo II, artigo 28, inciso V do mesmo, o qual determina a: “Garantia de informação adequada e acessível às pessoas com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se que os deficientes auditivos têm um histórico pautado na luta e na discriminação. Até o final do século XVIII não há registros mundiais sobre a existência de surdos. Na Idade Média, a noção cultural de muitas localidades segregava esse grupo devido a leis que proibiam a permanência de surdos em um mesmo ambiente que os ouvintes, bem como a escolarização desse grupo. A partir disso, a Igreja Católica Romana, no contexto da contrarreforma, ensinou surdos por meio de gestos e códigos, o que se configurou como o início de uma linguagem de sinais. Na Idade Moderna, técnicas e métodos educacionais foram aperfeiçoados, o que favoreceu a criação das primeiras comunidades surdas. Somente na Idade Contemporânea, após o período da Primeira e Segunda Guerras Mundiais, que emergiram os primeiros documentos jurídicos para a garantia de direito da pessoa com necessidade especial, como a Declaração dos Direitos Humanos (VIEIRA, 2014).

Na atualidade, observa-se que os deficientes auditivos continuam discriminados na sociedade. Isso porque, a realidade do acesso à saúde por esse grupo é pautada pela falha na comunicação, decorrente da falta de intérpretes capazes de realizar o elo entre o profissional e o paciente e a falta de conhecimento por esses profissionais da saúde sobre a Libras. Devido a essa situação, evidencia-se que muitos usuários evitam a procura por atendimento, fator que prejudica o tratamento inicial e a prevenção de doenças (SOUZA *et al.*, 2017).

Por esse motivo, entende-se que a comunicação é um elemento crucial para a compreensão, o cuidado e a responsabilidade do profissional de saúde em identificar as necessidades dos deficientes auditivos. Ademais, constata-se que os usuários que procuram os serviços de saúde, em sua maioria, esperam, além da assistência, essa relação solidária de acolhimento e de empatia dos profissionais. Entretanto, percebe-se que a oportunidade de se expressar, muitas vezes, não é conferida aos pacientes com deficiência, necessitando-se, portanto, de acompanhantes para intermediar a comunicação. O problema disso é que a presença de um terceiro pode implicar no desrespeito à autonomia do paciente e à individualização do tratamento da pessoa (PIRES; ALMEIDA, 2016).

Nesse ínterim, a partir de uma pesquisa realizada na cidade de Varginha (MG), notou-se que, dentre os pacientes deficientes auditivos entrevistados, metade deles afirmaram sentirem-se desprezados no atendimento e apreensivos com a situação e quase 20% afirmaram que se sentem alienados em relação ao repasse das informações. Verificou-se também que a presença de acompanhantes pode impedir que o deficiente auditivo tenha atuação efetiva em seu próprio tratamento, pois é o terceiro quem expõe as questões ao profissional e quem recebe as orientações, o que dificulta o paciente de, até mesmo, explanar possíveis interrogações (ABREU *et al.*, 2015). Essa perspectiva remete à análise de que, para interromper os sofrimentos dos sujeitos, a garantia da autonomia deve

ser preservada a fim de respeitar a dignidade da pessoa.

Para garantir a autonomia dos usuários em questão, não há aparato tecnológico mais eficaz do que a capacidade de escutá-los e de acolhê-los. É por meio das relações sociais, das trocas de experiências, do diálogo e da empatia que os profissionais da saúde e os deficientes auditivos estarão aptos a exercerem uma ação e reação oportuna ao serviço de saúde. Tais aspectos fazem-se necessários para a criação de uma relação de confiança mútua entre os profissionais e os deficientes (OTHERO *et al.*, 2012).

Assim, necessita-se suscitar que os profissionais da saúde tornem-se agentes para o empoderamento e para a promoção da autonomia aos pacientes deficientes auditivos. Pois, somente com a sensibilidade dos profissionais em assumirem as falhas é que o direito garantido ao deficiente auditivo será validado, bem como sua autonomia e integralidade.

Em 1996, promulgou-se no Brasil, a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Medicina que orientam as competências e habilidades para a prática profissional. A DCN mais recente, publicada em 2014, legítima que a graduação médica deve contemplar a formação de um profissional humanista, crítico, reflexivo, com responsabilidade social e compromisso com a garantia e defesa das prerrogativas sociais, a fim de assegurar a promoção da saúde do ser humano. Consta-se que tal recomendação, todavia, não é efetivada na maior parte das faculdades públicas brasileiras, uma vez que o ensino de Libras ainda se mostra dificultado e não valorizado (VERAS; FEITOSA, 2019).

As diversidades socioeconômicas, culturais e étnicas, que singularizam cada pessoa e cada grupo social na promulgação da saúde devem ser consideradas pelos profissionais, entendendo que a atenção à saúde deve contemplar tanto a necessidade da saúde coletiva como a individual de forma humanizada (VERAS; FEITOSA, 2019).

No âmbito da saúde, a comunicação entre o profissional da saúde

e o paciente estabelece uma relação de ajuda à pessoa e à família. Além disso, observa-se que o processo comunicativo não caracteriza relações de poder, mas, sim, de sensibilidade e empatia com o próximo, envolvendo inúmeros significados por meio da fala ou de gestos (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

A comunicação é a ferramenta essencial para o desenvolvimento e integração da sociedade, apresentando um importante mecanismo para transmissão de conhecimento, ideias e sentimentos (SANTANA, 2013).

Nessa perspectiva, percebe-se que o acesso da comunidade surda ao meio de saúde é ainda muito falho, principalmente, no que tange a comunicação, o que causa prejuízos à avaliação integrada do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei de Inclusão Brasileira) garante em seu Artigo 24:

É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.

A partir disso, entende-se que em uma consulta, a compreensão dos sintomas, sinais e hábitos comunicados pelo paciente ao profissional torna-se uma ferramenta essencial para o diagnóstico e tratamento. Dessa forma, as adversidades apresentadas para a compreensão do atendimento justificam a necessidade de capacitação em Libras pelos profissionais, como uma maneira de garantir uma assistência integral e humanizada (SILVA; PACHU, 2016). Portanto, evidencia-se que a população com deficiência auditiva tem o direito de, na falta de profissionais capacitados para a linguagem requerida, ser acompanhada em sua consulta médica por profissionais habilitados para essa comunicação.

Segundo a lei número 10.436, em seu artigo 1, parágrafo único:

Entende-se como Língua Brasileira de Sinais-Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

Junto a isso, o capítulo VII, artigo 25, emenda IX do decreto número 5626, publicado em 22 de novembro de 2005, determina:

Atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação.

Assim, percebe-se que embora a integração dos deficientes auditivos seja garantida na legislação, essa comunidade enfrenta inúmeras barreiras durante o atendimento. Além do problema de entendimento entre profissionais-pacientes, há um desconhecimento sobre as Libras e suas diferenças em relação à Língua Portuguesa por parte dos profissionais da saúde (SOUZA *et al.*, 2017).

O paciente com deficiência auditiva, além da falha na comunicação com o profissional de saúde, também enfrenta desconfortos para agendar pessoalmente consultas e atendimentos. Em virtude disso, há problemas, até mesmo, para saber o momento que deve entrar no consultório, uma vez que os funcionários utilizam da linguagem oral para contatar os pacientes, tornando evidente que a restrição no processo comunicativo não ocorre apenas no interior da sala de atendimento junto ao profissional da saúde, mas se inicia logo na entrada, na área de recepção (ARMYRA *et al.*, 2014).

Constata-se que esse falho domínio do uso de Libras e a escassez de intérpretes no ambiente de saúde pública causam um sentimento de

exclusão no deficiente auditivo, afastando-o do sistema de saúde, situação que pode agravar sua situação clínica (SILVA; PACHÚ, 2016).

Assim, torna-se perceptível a importância do saber de Libras por todos os profissionais da saúde. Tal questão pode ser resolvida pela introdução obrigatória do ensino de Libras no currículo dos cursos superiores da área da saúde com uma carga horária suficiente para tornar o profissional seguro durante o atendimento ao deficiente (RAMOS; ALMEIDA, 2017).

Em um estudo, constatou-se que, em locais onde as Libras já tinham aplicabilidade curricular, houve um significativo avanço no relacionamento profissional-paciente (SOUZA; PORROZZI, 2009). Além disso, nota-se que a incorporação de Libras no meio acadêmico permitiu que essa Língua se tornasse alvo de pesquisas, proporcionando um avanço de seu estudo e de sua aplicabilidade.

Infere-se, portanto, que acessibilidade promovida pelos profissionais da saúde no que tange a comunicabilidade evitaria a fragmentação dos cuidados e, por conseguinte, os danos de ordem física e emocional aos pacientes com deficiência (PESSALACIA *et al.*, 2015).

Assim, observa-se que a Libras é um meio de integração do deficiente auditivo em todas as áreas da sociedade. Excluir ou limitar seu uso é, portanto, uma violação dos direitos humanos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Diante da discussão supracitada, nota-se que os deficientes auditivos sofrem com a discriminação desde a antiguidade até os dias atuais. A partir disso, fica evidenciado as barreiras inclusivas que esse grupo sofre, tanto em relação à deficiente comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, quanto pela perda da autonomia, devido à descaracterização do indivíduo.

Nesse sentido, ao se analisar as políticas de inclusão e de atenção à saúde do paciente com deficiência auditiva, nota-se, na teoria, a vastidão de políticas de saúde que asseguram a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade, fatores veemente preconizados pelo SUS e que garantem o atendimento digno a esse grupo. Entretanto, percebe-se que na prática tais prerrogativas sociais não são efetivadas no campo da saúde, o que reafirma a segregação dos deficientes auditivos no serviço básico de saúde.

No que tange a discussão, adverte-se, portanto, que a falha existente na comunicação profissional/paciente é devido ao despreparo na formação dos profissionais da área da saúde. Finda-se isso, uma vez que não há o conhecimento da linguagem de sinais por parte dos profissionais do atendimento em saúde, desde os recepcionistas, até os médicos e fisioterapeutas, por exemplo. Além disso, há a inaptidão dos ambientes de atendimento em fornecer estrutura básica para um atendimento especializado e particularizado ao deficiente auditivo é também um fator degradante.

Salienta-se, assim, que a falha comunicacional gera, por conseguinte, o desmembramento do indivíduo, bem como a perda de sua autonomia. Isso porque, o bloqueio na comunicação impede o deficiente auditivo de explicar com exatidão os sintomas, experienciados somente por ele, e as dúvidas geradas durante ou após um atendimento. A partir disso, submete-se o usuário à necessidade da presença de um acompanhante, fator que pode causar aflição ao grupo em estudo, posto que, muitas vezes, cultiva-se um sentimento de ser colocado alheio à situação, pelo fato de um terceiro intermediar a relação entre o profissional e o usuário.

Por fim, destaca-se a relevância do artigo em elencar fatores para conquistar a plena inclusão do deficiente auditivo no acesso ao atendimento de saúde. Haja visto que, por meio do empoderamento dos profissionais de saúde, da alteração e implantação efetiva das DCN para o aprendizado de Libras em graduações da área da saúde e, por último, da

gestão governamental não minorada é que a garantia de direitos aos deficientes será plena. Assim, somente com a junção de todos os fatores será possível alcançar, de maneira concisa, a integralidade, a autonomia e o direito ao atendimento de qualidade pelos pacientes deficientes auditivos.

REFERÊNCIAS

ABREU, J. C.; FREITAS, J. M. R.; ROCHA, L. L. A percepção dos surdos em relação ao sistema de comunicação das unidades de atenção primária à saúde-UAPS. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v.9, n.1, p. 06-11, 2015.

ARAGÃO, J. S. *et al.* Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 1- 7, 2014.

ARMYRA, M. D.; CHRISTINA, A.; EVANGELOS, F. Deaf People Accessibility in Health Services. **Health Sciences Research**, [s.n.], v.1, n.4, 2014, p.102-106, 2014.

BRASIL. Decreto nº 5626, 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o Art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, p.28, 2005.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº1060 de 05 de Junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 2002.

CORIOLOANO-MARINUS, M.W.L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

FRANÇA, E. G. *et al.* Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Ciencia y enfermería**, Chile, v.22, n.3, p.107-116, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

OLIVEIRA, Y. C. A.; CELINO, D. M.; COSTA, G. M. C. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.307-320, 2015.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.219-33, 2012.

PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 498-504, 2015.

PESSALACIA, J. D. R. *et al.* Experiências de acesso a serviços primários de saúde por pessoas com síndrome de down. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.5, n.3, p. 1752- 1767, 2015.

PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v.5, n.1, p. 68-77, 2016.

RAMOS, T. S.; ALMEIDA, M. A. P. T. A Importância do ensino de Libras: Relevância para Profissionais de Saúde. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Pernambuco, v.10, n.33, p.116-1262017, 2017.

SANTANA, E. P. O direito à comunicação: as Libras e os desafios da educação dos surdos. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação, 6. 2013, São Luís. **Anais [...]**. São Luís, 2013.

SILVA, L. K. M.; PACHÚ, C. O. A importância das libras na formação dos profissionais de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA, 2. 2016, Campina Grande. **Anais [...]** Campina Grande, 2016.

SOUZA, M. F. N. S. *et al.* D. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Cefac**, São Paulo, v.19, n.3, p. 395-405, 2017.

SOUZA, M. T.; PORROZZI, R. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. **Revista Praxis**, Volta Redonda, v.1, p.1-4, 2009.

VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 23, supl. 1, e1707432019, 2019.

VIEIRA, L. C. B. Biblioteca inclusiva: repensando políticas de acesso e inclusão para deficientes auditivos na Universidade Federal do Maranhão. **Biblionline**, João Pessoa, v.10, n.1, p.82-101, 2014.

CAPÍTULO 10

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA PROMOÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS DEFICIENTES: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Bianca de Castilho¹, Gabriela Bordignon¹, Gabriela de Oliveira da Silva Bastos¹, Priscila Balderrama²

RESUMO

Objetivo: Expor os desafios e as perspectivas para a concretização da total garantia do direito à saúde pelas pessoas deficientes. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica acerca da atenção à saúde dos deficientes utilizando-se como referencial teórico a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Resultados e Discussão:** Foram constatados diversos desafios nos aspectos da comunicação, infraestrutura e integralidade do indivíduo na atenção à saúde do deficiente. Sobre aspectos comunicacionais, sobretudo de pacientes surdos e cegos, Língua Brasileira de Sinais (Libras) e Braille respectivamente, além de modalidades não verbais da comunicação foram enfatizados; aspectos de infraestrutura demonstram dificuldades no quesito acessibilidade, observa-se diversas barreiras arquitetônicas nas unidades básicas de saúde, fato problemático, pois as dificuldades e as limitações enfrentadas pela Pessoa com Deficiência são ampliadas em situações em que sua acessibilidade não é garantida; a integralidade em questão foi enfatizada de forma que ela encontra-se fragmentada, pois há por parte dos profissionais uma certa resistência em interagir com o grupo em questão. Procurar conhecer o indivíduo como um todo, sem fragmentá-lo é de suma importância, pois corrobora para a efetivação da dignidade dos indivíduos com necessidades especiais. **Conclusão:** Preconiza-se, portanto, de acordo com o artigo, a importância de concretizar a total garantia do direito à saúde pelas pessoas deficientes, ressaltando o papel dos profissionais de saúde nesse quesito,

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

para a corroboração, por conseguinte, de uma nova forma de atendimento ao cidadão. Além disso, o Estado ressaltado como propagador do conhecimento necessário por tais profissionais e planejamento infraestrutural para atender a demanda preconizada.

Descritores: Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência; Assistência integral à saúde; Assistência Médica; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que possuem permanentemente ou transitoriamente, déficits ou mitigação de estrutura, ou funcionalidades anatômicas, psicológicas, fisiológicas ou mentais, culminando na dificuldade para realizar atividades consideradas comuns do cotidiano dos seres humanos (GOTADO; ALMEIDA, 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), 24% da população brasileira se declara portadora de algum tipo de deficiência (IBGE, 2010). Este dado revela a necessidade da atenção à saúde das pessoas com deficiência, com vistas a organização do sistema de saúde, em especial, com a melhoria da acessibilidade arquitetônica e melhor preparo dos profissionais, garantindo que o direito universal do acesso à saúde de qualidade seja oferecido de forma integral para esse grupo (GOTADO; ALMEIDA, 2016).

Embora as pessoas com deficiência constituam uma parcela expressiva da população, elas ainda possuem grandes dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Os indivíduos deficientes constituem um grupo heterogêneo, todavia as ações de saúde para esse segmento não consideram, a todo tempo, as diferentes necessidades. É necessário que as consultas e os atendimentos enalteçam o diálogo e a criação de um vínculo com os pacientes, a fim de proporcionar, por meio da confiança, a adaptação e tratamentos adequados. Procurar conhecer o indivíduo como um todo, sem fragmentá-lo é de suma importância, pois corrobora para a

efetivação da dignidade dos indivíduos com necessidades especiais (MACHADO *et al.*, 2018).

A atenção à saúde das PcDs é um problema que afeta o ambiente médico, sobretudo no cenário da atenção básica à saúde (ABS), uma vez que, de maneira geral, os profissionais de saúde apresentam-se despreparados e não possuem conhecimento sobre como lidar com as especificidades das deficiências. Um exemplo, neste caso, é o desconhecimento da linguagem de sinais por grande parcela dos profissionais, embora atendam corriqueiramente pacientes deficientes auditivos e surdos, dificultando a consulta e a eficácia dos procedimentos (FRANÇA *et al.*, 2016).

Ademais, os centros hospitalares e Unidades Básicas de Saúde (UBS) carecem de infraestrutura e acessibilidade que ofereçam conforto, inclusão e mobilidade aos deficientes. Destarte, tornam-se necessários estudos que demonstrem a importância da atenção para com a saúde dos pacientes deficientes, principalmente dentro do contexto da

ABS, porta de entrada preferencial do sistema de saúde, visando cessar essa precariedade (MARTINS *et al.*, 2016).

Assim, está reflexão teórica teve como objetivo expor os desafios e as perspectivas para a concretização da total garantia do direito à saúde pelas pessoas deficientes.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica acerca da atenção à saúde dos deficientes utilizando-se como referencial teórico a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos três anos. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval Sys-

tem Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico adotado para sustentar a reflexão a respeito dos desafios e perspectivas que englobam o cenário de déficit na promoção de saúde, acessibilidade e inclusão social ao conjunto de indivíduos com necessidades especiais é a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, documento primordial para a compreensão da deficitária aplicabilidade do direito dos pacientes com necessidades especiais e também por meio do qual é possível identificar perspectivas para suprir essa precariedade (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define, como seus propósitos gerais, objetivos que vão desde a prevenção de agravos e proteção da saúde, passando pela reabilitação, contribuindo para a sua inclusão das PcD em todas as esferas da vida social (BRASIL, 2002).

Identifica-se, neste documento, a existência de fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde desses indivíduos, dentre os quais se destacam a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros e a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, para o alcance de seu propósito, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência deve incentivar a mobilização da população e sua participação social, para que busquem a viabilização das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas apresentados e o provimento da atenção adequada ao referido segmento populacional (BRASIL, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos entraves perpassam a acessibilidade dos deficientes à plena promoção de saúde, dentre os quais, encontram-se aqueles que abordam aspectos comunicacionais. A universalidade, equidade e integralidade como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e direitos do cidadão aludem à problemática da precariedade no atendimento às pessoas com deficiência no âmbito da AB no Brasil.

Dessa forma, é primordial o debate referente à oferta dos serviços de saúde, bem como de sua qualidade. A assistência deve ocorrer em toda a rede de atenção, inclusive as conveniadas e contratadas pelo SUS, desenvolvendo ações que visem promover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde, baseando-se nos princípios de proteção, recuperação e redução dos riscos de doenças e agravos (MACHADO *et al.*, 2018).

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o foco do cuidado não deve restringir-se apenas ao auxílio à deficiência, mas também a todas as doenças, agravos e necessidades ligadas às patologias que afetam o restante da população, já que as PcDs também se encontram suscetíveis a essas condições (BRASIL, 2010).

No que tange aos inúmeros entraves que permeiam o caminho perpassado pelas pessoas com deficiência, há que se apontar também a comunicação entre médico e paciente. A não eficiência desse mecanismo resulta em consultas que podem apresentar falhas no diagnóstico, dado a incompreensão da queixa do paciente, ou ainda, a dificuldade no entendimento do tratamento adequado explicado pelo médico, resultando em não efetividade da atenção para a saúde do sujeito deficiente (FRANÇA *et al.*, 2016).

Os surdos e deficientes auditivos apresentam grandes dificuldades. Se é certo que o Estado brasileiro se posicionou quanto à relevância do conhecimento de Libras no âmbito do SUS com a criação da Lei

nº10.436/2002, regulamentada pelo Decreto 5.626/2005, que inclusive, prevê a capacitação de profissionais em Libras, não menos certo, é que, ainda na atualidade, há falta de domínio em relação a esta linguagem, o prejudica o atendimento de usuários com deficiência (FRANÇA *et al.*, 2016).

As pessoas cegas, por sua vez, também encontram inúmeros problemas em relação à comunicação. Com efeito, nos serviços de saúde, os canais de comunicação frequentemente usados são meramente visuais, fato que restringe a apreensão de dados relevantes pelo paciente cego. Constatou-se também que o Braille, linguagem verbal escrita utilizada pelo cego, não foi o canal de comunicação verbal predominante no cotidiano do atendimento a essas pessoas, seja por ausência de capacitação do profissional de saúde, seja pela ausência de material educativo redigido em braile, na prática médica, tal como mecanismo de comunicação viável para acesso pelas pessoas com deficiência (SOARES *et al.*, 2018).

Além disso, o tato como canal de comunicação para os cegos possui menor visibilidade do que o esperado nesse contexto, uma vez que pesquisa enfatiza 55,0% dos sentimentos expressos por comunicação não verbal, 38,0% pela voz e apenas 7,0% por palavras. Dessa forma, a comunicação não verbal possibilita a compreensão não só de palavras, senão sentimentos. Com isso, os gestos, as expressões faciais, o timbre da voz, o toque e a distância corporal devem ser consideradas na comunicação não verbal a fim de melhor preparar o ambiente para uma consulta eficiente. O problema resultante disso é que a maioria dos profissionais não está preparada para esse tipo de sensibilidade, uma vez que não foi devidamente instruído quanto a outras formas de comunicar-se com o paciente que apresenta necessidades especiais de conduta (SOARES *et al.*, 2018).

Deve-se reconhecer que essa parcela populacional apresenta não só necessidades específicas de atendimento para sua respectiva deficiência, mas sim, que está fica sujeita a demais doenças e complicações acometidas pela população de forma geral. Logo, não é aceitável que a assistência

de saúde aos deficientes seja realizada apenas com um enfoque específico, dessa maneira necessita-se de um atendimento integral às PcDs, condizente aos serviços prestados pelo SUS (MACHADO *et al.*, 2018).

Prova disso, é que em estudos com pessoas com deficiência visual, um dos indivíduos não comparecia às consultas marcadas e resistia ao acompanhamento, porque não havia a efetivação dos requisitos apropriados para seu acesso aos serviços de saúde, o que comprova que além da sua condição essas pessoas podem apresentar uma necessidade de acesso à saúde maior do que a população em geral, podem tornar-se mais vulneráveis a patologias e por conta disso, é possível que haja um retardo no tratamento (MARTINS *et al.*, 2016).

A perspectiva em médio prazo demonstra provável mitigação dessas dificuldades comunicacionais para surdos e deficientes auditivos, posto que o estudo de Libras encontra-se em processo de disseminação entre os cursos da área da saúde, sobretudo em ênfase de bases psicossociais e recursos humanos. Tal fato comprova-se com a inserção, no Projeto Pedagógico desses cursos, do componente Libras pelas instituições de ensino superior, permitindo o desenvolvimento da capacidade de tradução e interpretação dessa língua pelos profissionais de saúde. Consequentemente, a inclusão da pessoa que precise de tal enfoque em sua consulta médica se tornará mais adequada (FRANÇA *et al.*, 2016). Em relação aos pacientes cegos, a aquisição de conhecimento para comunicação na consulta pode ser ampliada em programas de graduação e de especialização, bem como em programas de educação continuada. A formação atual dos profissionais deve necessariamente incorporar os novos modos de comunicação e de ensino e aprendizagem. Portanto, a inclusão digital é essencial para o aprendizado na atualidade, nota-se, pois, a existência de cursos à distância que implementam a formação de profissionais da saúde a demonstrar que aspectos relevantes da comunicação não verbal foram abrangidos em tal projeto educacional. Para ava-

liar o programa educacional na educação a distância, no âmbito do SUS, utilizou-se, como parâmetro, a comparação dos conhecimentos dos profissionais sobre comunicação com o paciente cego antes e após o curso. Constata-se que aspectos subjetivos, manifestados em formas proxêmica (posicionamento das pessoas na interação), tacésica (toque no cuidado), cinésica (movimentos) e por paralinguagem (som que não se traduzem em palavras), ampliam as habilidades dos profissionais em saúde, para perceber e traduzir a comunicação não verbal, fundamental no atendimento desses pacientes (SOARES et. al., 2018).

Apesar da gradual evolução da atenção básica no território brasileiro no que diz respeito ao cenário de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência, persistem ainda vários fatores que intrinacam a entrada e a permanência dos deficientes no sistema de saúde, o que interrompe o direito da assistência universal assegurado pela Constituição (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

A construção de uma prática de cuidado ideal é pautada em pilares fundamentais, são eles: a consideração das particularidades dos indivíduos e suas famílias, bem como o meio no qual estão inseridos. A partir desse viés, para que a mediação de cada intervenção seja eficaz, é imprescindível que sejam levados em consideração aspectos socioeconômicos, culturais, familiares, biológicos e psicológicos a fim de concretizar a tomada de decisões pautada na integralidade dos indivíduos (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

No que tange aos inúmeros desafios relacionados à infraestrutura, é visivelmente esclarecido que a maioria das cidades brasileiras, tanto na área urbana, quanto, principalmente, na zona rural, possuem pouco ou nenhum planejamento estrutural que vise melhorar a qualidade de vida de deficientes físicos, já que, no que diz respeito à barreira arquitetônica existente, não há adequação nos espaços públicos e edifícios, acarretando, desse modo, na intensificação dos desafios dessa parcela populacional,

quanto sua mobilidade. Ademais, no tangente à infraestrutura hospitalar voltada as pessoas com necessidades especiais, infere-se que está necessita de atenção, já que o apoio aos aspectos físicos para melhoria da qualidade de vida voltado para os deficientes físicos é algo imprescindível para assegurar a sua autonomia e seu direito de ir e vir (MARTINS *et al.*, 2016).

Avaliando-se as dificuldades no acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde da atenção primária, observam-se diversas barreiras arquitetônicas nas unidades básicas de saúde como a inexistência de banheiros adaptados, a ausência de barras de apoio e corrimões, além de baixa capacidade de acomodação de cadeiras de rodas na sala de espera. Ao descrever as condições arquitetônicas de 240 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em sete estados do país, demonstraram inadequação em cerca de 60% das UBSs, devido a presença de degraus, falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades de saúde das pessoas com deficiência (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

Frente a Jurisdição, ressalta-se que no Art. 3º da Lei Nº 13.146, presente na Constituição brasileira, a acessibilidade conta como fator essencial de aplicação da lei inclusiva, destinada aos indivíduos deficientes. A mesma deixa claro também, o papel do Estado em proporcionar o efetivo exercício do SUS de forma a garantir o direito ao acesso a saúde de modo igualitário e universal (BRASIL, 2015).

As dificuldades e as limitações enfrentadas pela PcD são ampliadas em situações em que sua acessibilidade não é garantida. Isso causa dependência para as atividades e prejudica a autoestima e o desenvolvimento intelectual, social e cultural dos sujeitos (MARTINS *et al.*, 2016).

Além do comprometimento do fator de movimentação da pessoa com necessidades especiais no ambiente hospitalar - que ocorre devido à falta de estrutura física e acessórios necessários para esta mobilidade

- destaca-se que os próprios funcionários da área da saúde sentem um despreparo, no que tange o cuidado adequado a esses pacientes com deficiência. O que traz à tona uma reflexão acerca da necessidade da elaboração de medidas dentro da área da saúde que permitam um atendimento adequado ao grupo populacional em questão (GOTADO; ALMEIDA, 2016).

Os serviços de saúde buscam melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, por meio da consideração do indivíduo como um ser biopsicossocioespíritual e através da prestação de assistência de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Apesar disso, há uma progressão na quantidade de constatações que as pessoas com deficiência defrontam imensos obstáculos na tentativa de acesso aos serviços de saúde, o que é inadmissível já que existem leis, as quais indicam a acessibilidade plena e igualitária desses pacientes, seja por elevadores, rampas, sanitários, corrimões e até mesmo tecnologia médica e que na realidade, apresentam-se parcialmente cumpridas. Tamanha a relevância desta problemática encontra-se em não poder acessar uma instalação a qual se revela como motivo para pacientes deficientes não buscarem os atendimentos de saúde (MARTINS *et al.*, 2016).

Destarte, esses usuários têm a tendência de se tornarem mais suscetíveis a doenças bem como tornar difícil a execução do tratamento quando essas já são existentes. Então, para que o acesso universal seja efetivado é necessário que as UBS possuam as instalações requeridas. Também devem dispor de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida. Isso corresponde à ampliação do acesso, equidade e maior qualificação da atenção prestada (MOREIRA *et al.*, 2017).

Embora o SUS tenha sido implantado há mais de vinte anos, o conhecimento a respeito do acesso da população com deficiência ou sem mobilidade a este serviço é escasso, sobretudo nos locais que dispõem de

menores condições socioeconômicas. Esta insuficiência e precariedade dos sistemas de informações têm dificultado a formulação dos indicadores necessários para o monitoramento e a avaliação do desempenho do SUS. Isto torna mais difícil a planificação de ações que busquem atender às necessidades desse grupo. Nota-se que a legislação brasileira é bastante desenvolvida no que tange à garantia dos direitos à acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência, no entanto a maioria destes não foi respeitada para a amostra analisada. Desta forma, é necessário que sejam realizadas ações focalizadas a fim de assegurar tais direitos. Melhorias nas questões socioeconômicas, como nos níveis de escolaridade, capacitação profissional e, por conseguinte na renda pessoal e familiar, permitiria a estas pessoas uma conscientização maior da sua função na sociedade, o que representaria uma busca mais soberana por seus direitos, tendo como consequência um condicionamento de saúde com mais dignidade. Deste modo, verifica-se que as condições socioeconômicas estão intrinsecamente relacionadas com o acesso aos serviços de saúde (MOREIRA *et al.*, 2017).

As problemáticas a envolverem aspectos quanto à integralidade também não devem ser desconsideradas, uma vez que a assistência à saúde às pessoas com deficiência deve ser garantida pelo Estado, profissionais de saúde e comunidade envolvida, abrangendo uma visão multidisciplinar. Uma equipe multidisciplinar, com visão justa e igualitária quanto ao direito à saúde, tende a apresentar resultados mais efetivos na assistência e conseqüentemente para a qualidade de vida destes pacientes (VARGAS *et al.*, 2016).

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população em países subdesenvolvidos necessitam de uma atenção especial, que na maioria das vezes tem que ter o cuidado com uma equipe multidisciplinar com abordagem interdisciplinar, para poder ter um atendimento mais seguro e eficaz, visando o bem-estar ao paciente. No

entanto, existe uma resistência para o atendimento de pacientes com necessidades especiais por parte dos profissionais da saúde que pode ser atribuída à falta de treinamentos adequados, conhecimento, confiabilidade, sensibilidade, além da inadequação da remuneração. Além disso, muitas vezes são necessários alguns equipamentos especiais para facilitar e aperfeiçoar o tratamento proposto e que não estão disponíveis no serviço público (VARGAS *et al.*, 2016).

O descumprimento da deliberação de assistência integral à PcD sucede da falta de demarcação das aptidões profissionais indispensáveis para que isso ocorra, somada a ausência de uma execução multiprofissional dos encargos. Isto posto, os máximos lesados são as pessoas com deficiência, pois ao menos conseguem realizar agendamento em triagens. Logo, o cuidado integral e a assistência que engloba diversos profissionais tornam-se restritos a uma visão idealista, já que, como citado anteriormente, cada item de atenção à saúde trabalha de maneira solitária e cerceada aos demais. Ademais, os profissionais de saúde que constituem seus grupos praticam pouca ou nenhuma interação com os demais grupos para atender às PcDs, no que tange realizar ações que fujam do tradicional praticado rotineiramente (MACHADO *et al.*, 2018).

Como consequência da fixação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência e a importância que abrange a imprescindibilidade do zelo aos indivíduos com danos neurológicos incapacitantes, tem-se como exemplo, a reabilitação cada vez mais intrínseca ao ambiente hospitalar para concretização da sua meta primordial, qual seja, priorizar pelo cuidado integral desse grupo nas próprias instalações e fora delas. Nessa perspectiva, o preparo hospitalar e profissional deve ser adequado visando atender da melhor maneira os pacientes com necessidades especiais, colaborando para a efetivação do direito universal à saúde desse grupo (MACHADO *et al.*, 2018).

Mediante o artigo 22 da Portaria 793/2012, a Atenção Hospitalar

e de Urgência e Emergência, necessita adequar-se ao programa da rede de assistência integral levando em consideração sua função articuladora com demais setores deste programa. No entanto, as UBS e centros hospitalares apresentam-se como centros precários no atendimento ao deficiente, demonstrando indiferenças e despreparo no tange estabelecer a oferta de um atendimento de qualidade e que possibilite a maior acessibilidade possível ao paciente. A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência constitui foi institucionalizada em 2012 sendo concebível que sua moção de aproximação entre os grupos focalizados em diferentes setores de atenção, não está ainda por concreto realizada, fato que expõe uma política permeada pela carência de investimentos, tanto no que tange sua conjuntura estrutural, para melhorar o atendimento a essa parcela da população por meio da disponibilidade de tecnologias que tornem esse atendimento preciso, quanto na capacitação de profissionais da área que detenham de um profundo conhecimento em relação a essas incapacitações (BRASIL, 2012).

Por sinal, as técnicas de reformas no que diz respeito aos recursos humanos são substanciais e antagônicas, e também são passíveis da dispensabilidade na demora temporal de sua estruturação. Todavia, é primordial que os profissionais de saúde compreendam o tamanho afeto que a falta de articulação das suas atividades causam no decurso da recapitação das PcDs e se comprometam a seguir preceitos éticos na execução de seus serviços em conjunto com os outros pontos da rede, dando prioridade a objetivos satisfatórios para seus pacientes e a comunidade (MACHADO *et al.*,2018).

CONCLUSÃO

Dessa forma, torna-se nítida a lacuna existente entre os inúmeros desafios enfrentados por essa parcela da população no que tange à efetivação de seus direitos. Por outro lado, não há de se olvidar as diversas

perspectivas que permeiam tal cenário, de tal forma que, paulatinamente, o quadro atual possa ser revertido ou, ao menos, amenizado.

Nessa conjuntura, evidencia-se a problemática da comunicação a afligir, sobretudo surda e cega na prática do atendimento médico. Entretanto, nota-se a presença de alterações em grades universitárias e a expansão de cursos a distância no sentido de preparar os profissionais da área da saúde para atenderem essa demanda. Ademais, a questão da infraestrutura realmente ainda possui grande impacto, visto que as dificuldades e as limitações enfrentadas pela PcD são ampliadas em situações em que sua acessibilidade não é garantida, em contrapartida, a legislação brasileira é bastante desenvolvida no que diz respeito à garantia dos direitos à acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência, entretanto a maioria destes não foram respeitados para a amostra estudada. Como se não bastasse, a integralidade do indivíduo encontra-se fragmentada, pois existe uma resistência para o atendimento de pacientes com necessidades especiais por parte dos profissionais da saúde que pode ser atribuída à falta de treinamentos adequados, conhecimento, confiabilidade, sensibilidade, além da inadequação da remuneração, contudo, visando reverter essa situação negativa é necessário que as consultas e os atendimentos enalteçam o diálogo e a criação de um vínculo com os pacientes, a fim de proporcionarem, através da confiança, adaptação e tratamentos adequados. Procurar conhecer o indivíduo como um todo, sem fragmentá-lo é de suma importância.

No que concerne à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, elas, em sua multiplicidade, não usufruem de requisitos (quanto a estrutura interna) pertinentes à acessibilidade para as PcD física e/ou sensorial. Faz-se indispensável o entendimento de que, para que haja a promoção do acesso universal efetivo, é necessário que as unidades de saúde tenham adaptações adequadas às PcDs, concebendo facilidade na construção de sua liberdade e soberania pessoal.

Por esse ângulo, conclui-se que condutas focadas nessa população e a análise das atuais políticas públicas, de modo a colocar em prática os pressupostos da lei seriam um modo de diminuir os percalços enfrentados por conta das deficiências e efetivar uma assistência baseada nas premissas do SUS, oferecendo-o de modo integral, igualitário e universal para esse grupo. Deve-se admitir que a legislação brasileira que rege os direitos da PcD é uma das melhores do mundo, porém, lamentavelmente, estas leis permanecem apenas no papel. Logo, necessita-se que essas leis sejam fiscalizadas e implementadas de maneira mais eficaz no país, a fim de que seja possível compor atividades simultâneas a fim de prevenir as precariedades e possibilitar o acesso e a mobilidade das PcDs, o que viabilizará a real inclusão social dessas pessoas, facultando o total acesso dos serviços ofertados e um atendimento satisfatório de todas as demandas de saúde.

É importante ressaltar, pois, a relevância desse estudo para o contexto atual tanto no sentido da preparação do profissional para atendimento especializado, quanto para conscientização das pessoas deficientes dos seus próprios direitos a serem reivindicados. Além disso, a comunidade como um todo no sentido de incluir tal parcela populacional deve possuir conhecimento sobre o assunto. É inquestionável, por sua vez, a necessidade de enfoque nessa temática dada a existência de tantos entraves a serem superados.

Outrossim, constata-se uma urgência no quesito de aplicação no cotidiano da prática médica, principalmente porque de fato existem diversos estudos sobre os pacientes deficientes no Brasil. Todavia, apenas de modo superficial, sem grandes alterações efetivas no contexto diário dessas pessoas. Urge, posto isto, a integração entre produção de conhecimento científico e aplicabilidade desse embasamento teórico, a fim de concretizar a total garantia do direito à saúde pelas pessoas deficientes.

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**, Natal, v. 1, p.224-236, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. 1998.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060, de 05 de junho de 2002**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012.

FRANÇA, E. G.; *et al.* Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v. 3, n. 22, p.107-116, nov. 2016.

GOTADO, R. G.; ALMEIDA, M. A. P. T. O Acolhimento oferecido pelos Serviços de Saúde às pessoas com Necessidades Especiais. **Id on Line Revista de Psicologia**, Jaboaão dos Guararapes, v. 10, n. 32, p. 126-137, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018.

MARTINS, K. P. *et al.* Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p.3153-3160, 2016.

MOREIRA, K. S. *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, 2017.

SOARES, J. R. *et al.* Knowledge acquisition on communication with blind patients in nursing consultation. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 19, e3490, 3 set. 2018.

VARGAS, S. C. *et al.* Assistência à saúde da pessoa com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, p. 224-234, out. 2016.

CAPÍTULO 11

DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Benhur Almeida Beraldo Alves¹, Leonan José de Oliveira e Silva¹,
Leonardo Siqueira Aprile Pires¹, Bruna Moretti Luchesi²

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca das disparidades étnico-raciais no contexto da atenção em saúde e analisar a provável contribuição do viés inconsciente dos médicos para essas disparidades. Método: Trata-se de uma reflexão teórica, fundamentada na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e na literatura nacional e internacional, por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais. **Resultados e Discussão:** As desigualdades não são fruto apenas das diferenças sociodemográficas. O preconceito implícito advém de uma longa exposição a uma conjuntura cultural sujeita a estereótipos de raça, cor e etnia que determinam inconscientemente o que é bom ou ruim. A partir do viés inconsciente, a pele escura passa a ser relacionada com indivíduos intelectual e culturalmente inferiores. Os indivíduos de raça preta e parda têm maiores chances de avaliarem sua saúde como negativa. O viés inconsciente influencia negativamente a assistência à saúde da população não branca. **Conclusão:** Tornam-se necessários mecanismos para a implementação efetiva das políticas públicas no combate às disparidades étnico-raciais no contexto da assistência em saúde. Além disso, a problemática deve ser debatida no contexto da formação médica, visando o desenvolvimento de vieses igualitários que acompanhem os futuros médicos em toda a vida profissional.

Descritores: Origem étnica e saúde; Assistência à saúde, Equidade em saúde, Saúde das minorias étnicas; Racismo.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

INTRODUÇÃO

A importância de focar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que os grupos minoritários sofrem no Brasil, bem como a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estendem associadas a esse quadro (MATOS; TOURINHO, 2018).

Estudos e reflexões sobre relações étnico-raciais são frequentes na maioria dos países com heterogeneidade racial, principalmente nos Estados Unidos, onde as disparidades raciais em saúde têm sido detalhadamente monitoradas por pelo menos cinco décadas. No entanto, análises atuais da literatura constataam que não é o caso do Brasil (JAMES, 2017). A origem do baixo interesse pela análise das disparidades étnico-raciais pode ser atribuída à teoria de democracia racial, conceito originado na metade do século XX que sustenta que o Brasil é contemplado de boas relações raciais devido ao seu histórico de miscigenação e definições raciais imprecisas (TAVOLARO, 2017).

Estudo brasileiro aponta para uma associação entre características étnico-raciais e saúde. Uma análise realizada em Mato Grosso do Sul verificou uma razão de chances para morte materna 5,13 vezes maior para mulheres classificadas como sendo de raça preta em relação a mulheres consideradas brancas. A mortalidade infantil também foi mais significativa para recém-nascidos considerados de raça preta, sendo de 30% a 80% maior do que entre os considerados brancos (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013).

Uma análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros examinou as disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada. O estudo verificou que pretos e pardos apresentaram maior autoavaliação negativa da saúde em comparação aos brancos, após a inclusão de variáveis demográficas, socioeconômicas e de acesso a serviços

de saúde (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013).

Em 2003, um comitê do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos documentou que as minorias raciais do país, especialmente os afro-americanos, recebem cuidados de saúde de pior qualidade do que suas contrapartes brancas mesmo após o controle de fatores sociodemográficos e a capacidade do paciente de pagar pelos cuidados. O comitê concluiu que os estereótipos negativos inconscientes dos médicos contribuem para essas disparidades no atendimento (JAMES, 2017).

Por conseguinte, evidencia-se a importância de compreender quais são os desafios para o combate ao racismo nos cuidados de saúde no Brasil.

Assim, este estudo teve como objetivo geral refletir acerca das disparidades étnico-raciais no contexto da atenção em saúde e analisar a provável contribuição do viés inconsciente dos médicos para essas disparidades.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referenciais teóricos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017) e resultados de pesquisas das bases de dados de periódicos nacionais e internacionais Scielo e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visa combater as disparidades no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a saúde negra de forma integral, considerando que as iniquidades são fruto de processos culturais e socioeconômicos injustos. Essa política tem como diretrizes a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação social, assim como se caracteriza na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080.

A política aborda a auto declaração de cor, respeitando a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que visa considerar não somente traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos sociais, entre outros.

Ademais, a política trata sobre doenças predominantes em negros, visando fazer um panorama da saúde atual, comparando as taxas de mortalidade das doenças predominantes segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da observação dos seus determinantes sociais. Nesse sentido, torna-se fundamental a compreensão dessa conjuntura a fim de que se atinja a justiça racial na saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em primeira análise, é importante relembrar como se deu o processo colonizador brasileiro. Pautado na exploração de recursos (tanto naturais quanto humanos), o Brasil presenciou cerca de 300 anos de escravidão – processo desumano no qual milhares de afro descendentes sofreram flagelação de sua alteridade submetidos a trabalhos forçados e sem remuneração. Enquanto os interesses capitalistas das potências da época forçaram a eliminação dessa prática, povos de diferentes raças/etnias encontravam-se abandonados em uma terra estrangeira, sem suporte governamental para estruturar sua vida e sem nenhum espaço na sociedade. Ao perceber que o processo de libertação da escravidão (marcado pela Lei Áurea de 1888) deu-se de forma muito mais simbólica do que pautado em condições reais de bem-estar dos novos “cidadão livres” e, ainda, somado a uma sociedade preconceituosa, a única opção para esses povos foi ficar à parte dos centros urbanos, constituindo periferias e sofrendo novas marginalizações (PIMENTA, 2014).

Considerando que os fatores determinantes da saúde englobam as condições sociais, de moradia, do ambiente de trabalho, entre outros, faz-se necessário reconhecer a vulnerabilidade desses grupos na saúde. Nes-

se contexto, torna-se válido ressaltar que a escassez de trabalhos interessados em observar as desigualdades étnico-raciais no Brasil tem raízes no mito da democracia racial – conceito atribuído ao sociólogo Gilberto Freyre – que se fundamenta na ideia de que, devido à sua miscigenação, o Brasil escapou do racismo e da discriminação racial (TAVOLARO, 2017).

O mito da democracia racial foi, e ainda é, uma ilusão que busca acobertar preconceitos, uma vez que, traz a inexistência de diferentes raças no Brasil e, logo, a ausência de preconceitos. Assim, seu conhecimento e desmitificação é essencial para o combate ao racismo (SILVA, 2017).

Ao pensar no contexto da saúde, é relevante que se reconheça as diferenças de raça/cor para a elaboração de políticas de saúde eficientes (BATISTA; BARROS, 2017). Estudos realizados em Mato Grosso do Sul reforçam essa importância – eles verificaram uma razão de chances para morte materna 5,13 vezes maior para mulheres classificadas como sendo negras em relação a mulheres consideradas brancas. Ainda, constaram que a mortalidade infantil é maior para recém-nascidos considerados de raça preta, sendo de 30% a 80% maior do que entre os considerados como brancos (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013).

Diante disso, é possível refletir sobre os motivos que contribuem para a construção desse quadro de desigualdade, sendo um desses agentes o chamado preconceito implícito. Este caracteriza-se como preconceitos que cada pessoa carrega dentro de si num nível inconsciente, antes de realizar decisões lógicas. Assim, muitas pessoas, incluindo profissionais da saúde, apesar de atentarem a atitudes raciais igualitárias no nível consciente (ou seja, sem preconceitos explícitos), mantêm atitudes raciais não igualitárias, devido à longa exposição a uma conjuntura cultural sujeita a estereótipos de raça, cor e etnia que determinam inconscientemente o que é bom ou ruim (JAMES, 2017). A pele escura é frequentemente relacionada com indivíduos intelectual e culturalmente inferiores. Ao passo que, muitas vezes, essa associação configura-se de maneira implícita, esse

quadro acarreta na banalização do preconceito por parte da população e dos profissionais da saúde (FIGUEIRO; RIBEIRO, 2017).

Ainda é possível identificar características de preconceito implícito em outros âmbitos, tais como a associação de atributos como inteligência, honestidade e confiabilidade a pessoas brancas. Por conseguinte, quando o indivíduo é exposto a uma sociedade racista, ele é coagido pela forma de pensar do coletivo, assim como Durkheim retratou e definiu como uma das características do fato social (GARBOIS; SODRE; DALBELLO- ARAUJO, 2017).

A pesquisa de James (2017), realizada nos Estados Unidos com cerca de 4000 adultos, comparou as diferentes percepções da qualidade do atendimento médico entre 14 grupos raciais e étnicos não brancos. Nessa situação, foram feitas algumas perguntas sobre os atendimentos médicos e constatou-se que os brancos, de maneira geral, recebem um melhor atendimento comparado a negros, estrangeiros e outras etnias. De maneira direta, esse fato representa uma disparidade no acesso à saúde, sendo esse um exemplo de preconceito no nível inconsciente. Outrossim, é importante ser destacado que, apesar de o preconceito implícito ser mais comum nos dias de hoje, o viés explícito ainda interfere nas relações médico paciente.

De acordo com James (2017), um recente experimento feito por telefone investigou o efeito da raça, da classe e do gênero dos buscadores de saúde mental na acessibilidade de 320 psicoterapeutas licenciados aleatoriamente. Na ligação, era feita uma proposta por correio de voz, de pessoas com diferentes raças e sotaques marcarem uma consulta. Constatou-se que o fator que mais se destaca para aceitar a consulta é a renda – quanto mais poder aquisitivo o emissor da mensagem demonstrava ter, maiores foram as chances de a proposta ser aceita. Porém, entre pessoas com mesma faixa econômica e diferentes etnias, os emissores brancos eram favorecidos. Destarte, esse fato caracteriza o preconceito explícito,

baseado na cor da pele dos indivíduos.

Essa dessemelhança no tratamento pode ser provada pela diferença na auto avaliação do estado de saúde. Nesse viés, destaca-se o estudo realizado por Chiavegatto Filho e Laurenti (2013), a partir de uma análise multinível sobre as disparidades étnico-raciais na saúde. Foram pesquisadas 2.697 pessoas residentes em 145 municípios brasileiros quanto à avaliação do seu próprio estado de saúde: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Após a inclusão de variáveis demográficas, socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde, os indivíduos de raça preta e parda tiveram constatadas maiores chances de avaliarem sua saúde como negativa (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013).

Dessa forma, o preconceito – tanto implícito quanto explícito – encontra-se tão enraizado em nossa sociedade que atinge a todos os grupos minoritários. Assim, a compreensão das variáveis relacionadas é fundamental para se identificar as possibilidades de atuação no decremento das desigualdades étnico-raciais na saúde (FIGUEIRO; RIBEIRO, 2017).

Nesse contexto, destaca-se o manual ‘O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios’, produzido pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de contribuir na qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). O texto inclui o tema Saúde da População Negra, com dados referentes às vulnerabilidades que esta população está exposta, dicas e estratégias para a promoção da equidade racial na atenção à saúde.

Visando combater os problemas evidenciados acima, foi proposta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Em linhas gerais, a PNSIPN surge como uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação sofrida pelos negros ao longo da história brasileira, já que esse histórico se reflete em vários aspectos, inclusive na saúde (BRASIL, 2017).

Dentre essas ações, destacam-se as atividades do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil (PCRI): participação ativa no processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde; revisão de normas, processos e procedimentos das áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS), juntamente com o núcleo executivo do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) deste ministério; realização de atividades de educação permanente para equipes técnicas; realização de atividades de formação de lideranças da sociedade civil; recepção da delegação do Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza do Reino Unido (DFID), em visita ao Brasil, para socializar as experiências e os desafios na implementação de políticas de promoção da igualdade racial, com os principais parceiros brasileiros (governo e sociedade civil).

A partir do entendimento das disparidades em saúde no Brasil, sobressai-se a utilidade de formar novos profissionais de saúde a partir de uma perspectiva socialmente transformadora e tecnicamente qualificada para a melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, emerge o papel de destaque da PNSIPN que atua na mudança do paradigma racista institucional, a partir de um enfoque especial nos processos de formação e educação permanente de profissionais (MONTEIRO, 2016).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Medicina, vigentes a partir de 2014, enfatizam que o graduando em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática a determinação social do processo de saúde e doença. Nesse sentido, explicita-se que os cursos de Medicina, em seus currículos, devem prever na formação médica disciplinas que objetivam definir formas de singularização de cada indivíduo através de aspectos que compõem a diversidade humana. Sob tal ótica, é indubitável que esse pensamento de transversalidade seja enfatizado quando se fala nas diferenças étnico-ra-

ciais que existem no Brasil, a população negra muitas vezes desfavorecida deve ser tema de debates em aulas para que estes sejam melhor inseridos na assistência de saúde (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, é válido ressaltar sobre a Lei de Cotas para o Ensino Superior, que determina a disposição de 50% das vagas das universidades à estudantes oriundos de escolas públicas. Desses 50%, metade devem ser para estudantes de escolas públicas com renda familiar bruta igual ou inferior a um salário mínimo e meio per capita e metade para estudantes de escolas públicas com renda familiar superior a um salário mínimo e meio. Ademais, deve ser levado em cálculo o percentual mínimo adequado ao da soma de pretos, pardos e indígenas no estado, em conformidade com o último censo demográfico do IBGE. Uma vez que as DCN garantem uma formação humanista e com responsabilidade social, e a Lei de Cotas contribui para a inserção dos negros nos cursos de Medicina, a inserção de pessoas de diferentes etnias em espaços como esse em questão contribui para o desenvolvimento de um senso crítico e de respeito à alteridade – ambiente ideal para o combate ao preconceito durante a formação médica (BRASIL, 2012).

CONCLUSÃO

O Brasil é um país com amplas e históricas desigualdades. Essas desigualdades refletem-se, direta ou indiretamente, no contexto da saúde, caracterizado pela discriminação que o racismo institucional e o mito da democracia racial reproduzem. Nesse contexto, é de suma importância que se reconheça o racismo presente no âmbito da assistência à saúde a fim de combatê-lo.

Percebe-se, além da discriminação explícita evidenciada por diversos estudos, o preconceito implícito na saúde, manifestado em atitudes como profissionais de saúde favorecerem pessoas brancas ao marcar consultas, além dos maiores padrões de qualidade nos atendimentos dos brancos em detrimento de outras raças/etnias.

Prova-se essa diferenciação quando se nota a auto avaliação do estado de saúde, uma vez que indivíduos não brancos avaliam sua saúde como desagradável, fato esse que não está tão presente nos grupos de pessoas brancas.

Visando combater as disparidades raciais encontradas no acesso e na qualidade do atendimento, principalmente contra pessoas negras, surge, em 2007, a PNSIPN, uma política do SUS que não só trabalha no combate das desigualdades, mas também realiza ações na pesquisa de doenças com maior ocorrência em negros, na educação permanente das equipes técnicas de assistência, entre outros, realizando parcerias e projetos a fim de atingir seus objetivos.

Tendo em vista a significativa diversidade da população brasileira, ressalta-se a importância da busca por conceituações mais complexas e holísticas de como a discriminação se manifesta nos ambientes de assistência à saúde, à medida que as desigualdades não são fruto apenas das diferenças sociodemográficas. O preconceito e, conseqüentemente, o tratamento diferenciado aos membros de grupos minoritários pode surgir como fator independente, oriundo de vieses inconscientes dos profissionais de saúde.

Para que as disparidades sejam reduzidas, cabe aos cursos de graduação em Medicina inserir na educação médica disciplinas que atentem para a igualdade social, por intermédio de profissionais capacitados para direcionar os discentes a atitudes sociais igualitárias. Com vista abranger o curso de forma efetiva, essas disciplinas devem ser transversais, percorrendo todos os eixos e ciclos. Somente assim, poder-se-á disseminar a prática médica dos futuros profissionais baseada em preceitos igualitários.

Ademais, o aumento do número de indivíduos negros na saúde mostra-se como um caminho positivo para enfrentar essas disparidades. Nesse sentido, pode-se potencializar a inclusão desses grupos minoritários nos cursos de Medicina, através da ampliação do sistema de cotas para pessoas de grupos minoritários étnico-raciais.

Diante disso, é necessário manter constantemente o ideal de reflexão acerca do tema e combate às desigualdades que afligem nossa sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

BATISTA, L.E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, e00090516, Mai. 2016.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 ago. 2012. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 jun. 2014. n. 117, Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 8, p. 1572-1582, ago, 2013.

FIGUEIRO, A. V. M.; RIBEIRO, R. L. R. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.26, n.1, pp.88-99. 2017.

GARBOIS, J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.

JAMES, S. A. O encontro mais estranho de todos: discriminação étnica e racial no sistema de saúde dos Estados Unidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, sup. 1, e. 00104416, mai., 2017.

MATOS, C. C. S. A.; TOURINHO, F. S. V. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1 – 13, jan. – dez 2018.

MONTEIRO, R. B. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.3, p.524-534, jul.-set. 2016.

PIMENTA, J. P. *et al.* A Independência e uma cultura de história no Brasil. **Almanack**, Guarulhos, n. 8, p. 5-36, dez. 2014.

SILVA, M. L. População-sacer e democracia racial no Brasil. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 593-620, dez. 2017.

TAVOLARO, S. B. F. Gilberto Freyre e o tempo-espaço brasileiro: uma crítica ao cronótopo da modernidade. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 411-438, ago. 2017.

CAPÍTULO 12

DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO CONTEXTO INDÍGENA

Alisson Kelvin Pereira Borges de Freitas¹, Bárbara Pereira de Queiroz¹, Victor Patrick da Silva Arruda¹, Priscila Balderrama²

RESUMO

Objetivo: Discorrer a respeito dos desafios para efetivar a atuação do profissional da saúde no contexto da saúde indígena, levando em consideração o contexto social e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltados a essas populações. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas, bem como na literatura afeita à temática. **Resultados e Discussão:** Notou-se desafios presentes quanto à estrutura dos centros de saúde, à relação profissional da saúde com o paciente indígena, à formação desses profissionais e a necessidade de intervenção governamental. **Conclusão:** As diversas políticas voltadas à atuação do profissional da saúde indígena causam esperança, porém, de maneira sucinta e integral, não se efetivam, necessitando de maior atenção governamental e social.

Descritores: Atenção à Saúde; Saúde das Minorias; Saúde de Populações Indígenas.

INTRODUÇÃO

A história brasileira permite-nos enxergar a trajetória e as condições às quais as populações indígenas no país foram submetidas. Até muito recentemente, não eram envolvidos nas políticas públicas, tampouco inclusos na criação de uma identidade nacionalista. Fadados à con-

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

dição de vítimas do processo de colonização, o destino aparente dessas populações, pelo menos até o começo da década de 70, era o de serem engolidas e esquecidas à medida que avançava o processo de recuperação desenvolvimentista no contexto do século XX (ALMEIDA, 2017).

No começo da década de 70, no entanto, esse cenário, antes visto como inexorável, começou a mudar. Fruto de uma tentativa de reverter a imagem internacional do país frente a diversos movimentos que lutavam pelo reconhecimento dos direitos indígenas, a sanção do Estatuto do Índio, normatizado pela Lei nº. 6.001 de 1973, marcou o início de um compromisso mais tangível entre o Estado e essas comunidades (BRASIL, 1973).

À partir de então, a saúde dos povos indígenas entrou no cerne das políticas públicas. Paralelamente às discussões relacionadas ao direito à saúde que, futuramente, culminaria na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, aconteceram diversas conferências e discussões relacionadas a temas de saúde indígena e à definição de diretrizes para a criação de uma política voltada a essas questões (FERNANDES, 2015).

Posteriormente, com a promulgação da Lei n.º 9.836 em 1999, conhecida como Lei Arouca, estabeleceu-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no SUS. Essa conquista marcou o começo de uma atenção mais palpável à saúde desses povos, com a definição de ações e práticas de integralidade dessas políticas no SUS (BRASIL, 2009). Finalmente, no ano de 2002, por meio da Portaria n.º 254, o Ministério da Saúde divulgou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), documento essencial à temática que dispõe de diversas políticas e metodologias que visam efetivar e instaurar maior atenção à saúde indígena no Brasil (BRASIL, 2002; MENDES, 2018).

Nesse sentido, a política citada trouxe, além de diversas expectativas ligadas à atenção à saúde indígena, perspectivas para a atuação do profissional da saúde nesse meio, uma vez que incorporou essa atuação baseada na Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996).

Assim, este estudo teve como objetivo discorrer a respeito dos desafios para efetivar a atuação do profissional da saúde no contexto da saúde indígena, levando em consideração o contexto social e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltados a essas populações.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referenciais teóricos a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002) e resultados de pesquisas das bases de dados de periódicos nacionais e internacionais Scielo e Medline, com o recorte temporal dos últimos cinco anos.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é fruto do intenso debate e das manifestações das populações indígenas ao longo do século XX, normatizada pela Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Tem como propósito a garantia do acesso integral à saúde da população indígena, a fim de superar os fatores que tornam essas pessoas mais vulneráveis, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a utilização desse documento como referencial teórico se justifica à medida que estabelece as diretrizes, a necessidade de preparação de recursos humanos, além de articular o sistema de saúde, o controle social, a responsabilidade de cada instituição governamental e o monitoramento desses atores no contexto da saúde indígena.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente discussão coube observar a necessidade de reflexão

acerca da relação entre o profissional da saúde e o paciente, quando essa está correlacionada aos indivíduos inseridos no contexto sociocultural indígena. Ademais, foi analisado a atual estruturação da capacitação dos profissionais da saúde que trabalham com a inserção de populações indígenas ao acesso pleno à saúde, como resguarda a PNASPI. Outro fator considerado foi a implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) para aprimorar e aproximar a oferta da saúde para essas comunidades que muitas vezes estão afastadas de polos regionais (BRASIL, 1999).

De acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o início da política de descentralização do atendimento aos indígenas no Brasil aconteceu em 1999. A consolidação dessa política, portanto, só foi consolidada a partir da assinatura de convênios com órgãos executivos municipais e instituições da sociedade civil, dividindo assim a responsabilidade estatal. Além disso, o Estado implementou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), regulados pelos Conselhos Indígenas de Saúde (Condisi), os quais contam com participação ativa das comunidades indígenas, que elegem os conselheiros (BRASIL, 1999).

Contudo, a relação entre essas comunidades e os gestores dos DSEIs costuma ser bastante tensa devido à gestão e uso dos recursos destinados às comunidades indígenas (ROCHA, 2019). Mesmo com a abrangência de áreas territoriais grandes por esses distritos, aos poucos eles foram apresentando resultados satisfatórios (MOTA; NUNES, 2018).

Atualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a responsável pelos DSEIs que tiveram suas funções delimitadas a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Esses DSEIs estão relacionados principalmente ao atendimento de casos de baixa complexidade, sendo os hospitais regionais responsáveis pela prestação de serviços de maior densidade tecnológica (MOTA; NUNES, 2018; WENCZENOVICZ, 2018).

Nessa perspectiva, é notável que o trabalho de assistência à saúde indígena exige conhecimentos e competências que nem sempre são abordados durante a formação do profissional. Portanto, para prestar um cuidado adequado a essas pessoas, é necessário conhecer a sua cultura e suas crenças (MARTINS, 2017).

Durante o atendimento, o indígena apresenta-se como um ser tímido e desconfiado. Esse estranhamento pode ser justificado pelo forte sentimento de pertencimento a um espaço e a um determinado grupo social, visto que a CASAI é uma realidade que não pertence à vida desses indivíduos, que também encontram-se longe de suas casas, seus familiares e seus costumes. Além disso, a burocracia presente na estrutura organizacional da CASAI, bem como o cuidado voltado para o procedimento e a doença, despersonaliza e reduz o indivíduo ao corpo biológico e ao cumprimento de normas, resultando na pouca valorização da pessoa e da sua história (GOMES; ESPERIDÃO, 2017).

Consoante a isso, há também forte presença de ideias etnocêntricas em que o médico se vê como civilizado e responsável por fazer evoluir aquele que acredita ser “primitivo”. A presença dessas ideias faz com que o médico prescreva cuidados baseados nos tratamentos convencionais, desconsiderando os saberes locais, a tradição desses povos, ou, no máximo, utiliza os saberes locais como acessórios, sem qualquer embasamento científico, eficaz apenas simbolicamente (SANTOS *et al.*, 2017).

Além das questões que tangem a qualificação, a formação e a relação social do médico e do paciente propriamente ditas, existe, ainda, um aspecto merecedor de ressalva, que diz respeito às questões de estrutura e material necessários ao atendimento de saúde. Há que se considerar que, embora a estrutura existente esteja muito aquém da necessária, as condições dos centros de saúde dos povos indígenas ainda são pouco conhecidas devido ao reduzido número de pesquisas que abordam a temática em questão (SANTOS, 2016). A questão geográfica é uma barreira de

acesso muito relevante neste contexto. Muitas comunidades vivem afastadas dos centros municipais e em localidades com condições precárias, geralmente envolvidas em territórios permeados por conflitos de interesse. Tais condições colocam o atendimento à saúde dessas comunidades em xeque, uma vez que vilipendiaram o acesso a uma saúde de qualidade (SANTOS, 2016).

Além disso, há também a má qualidade dos recursos humanos envolvidos no processo de cuidado de povos indígenas, fator influenciado por questões de limitação financeira do Estado, denotando a ausência de comprometimentos com a PNASPI e com a Lei Arouca (SILVA, 2016).

Essas questões levam, conseqüentemente, as populações indígenas a procurarem atendimento de maior qualidade em localidades distantes, que apresentam maior disponibilidade de tratamentos e medicamentos. Como exemplo disso, temos as populações Kanela e Guajajara que, apesar de serem de Barra do Corda, no Maranhão, são assistidos em Teresina, no Piauí (SANTOS, 2016).

A preparação do profissional da saúde, é de extrema relevância para a qualidade do atendimento e da relação médico-paciente indígena. Nesse sentido, é sabido que as diferenças culturais atuam na persistência da posição paternalista, etnocêntrica e a que carrega um sentimento comparável à xenofobia pelo profissional da saúde (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

É preciso frisar, no entanto, que os dados relacionados à atuação dos profissionais estão diretamente relacionados à formação presente nas primeiras décadas do século XXI e última década do século XX, uma vez que, a partir de 2002, o MS e a Funasa lançaram um modelo sob a justificativa da necessidade urgente de tornar o atendimento ao índio diferenciado, tanto na perspectiva puramente clínica, como na perspectiva de relação social (MENDES, 2018).

A PNASPI propõe o desenvolvimento e construção continuados dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com a capacitação equiva-

lente e integral de instrutores, supervisores e colaboradores responsáveis por esses serviços, junto a lideranças indígenas, baseando-se na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Lei nº 9.394/96) (BRASIL, 2002).

Apesar dos esforços governamentais de recomendar um eixo de formação ético-humanística, a grade curricular ainda é apontada como incapaz de responder às necessidades que permeiam a atenção integral à saúde indígena. Vale salientar que, enquanto a formação em programas de pós-graduação quase sempre inclui conteúdos antropológicos de saúde, a formação do profissional da saúde é construída segundo o determinismo cientificista epidemiológico e da biomedicina (SANTOS, 2016).

Persiste, portanto, a ideia de que o civilizado, incorporado pelo médico, deve fazer o primitivo, o paciente indígena, evoluir e que o saber científico, intermédio exclusivo dessa relação, deve servir como única validação e justificação das ações tomadas pelo profissional, evidenciando uma supremacia cultural (SANDES, 2018).

Essas ações constituem um impasse uma vez que, na visão de grande parte desses povos, o processo de adoecimento ultrapassa as noções de doenças científicas e, invariavelmente, atingem o campo da metafísica, em maior ou menor grau, uma vez que não existe unanimidade cultural entre os quase 250 povos indígenas (IBGE, 2010), tratando-as como processos de ordem cosmológica, das quais participam forças ocultas da natureza. Assim, na visão dessa população, adoecem pessoas não somente por causas patogênicas, mas principalmente por causas morais e espirituais (SANTOS *et al.*, 2017).

A PNASPI estabelece um tratamento diferenciado aos indígenas, com a promoção do uso de ações especiais, voltadas e específica no atendimento indígena. Nesse sentido, o tratamento médico ideal, deve envolver, além dos procedimentos padrões da biomedicina, a união entre o

respeito à cultura e à autonomia do paciente (SANTOS *et al.*, 2017). Desse forma, é imprescindível que o médico esteja disposto a ouvir e compreender as experiências do indivíduo indígena, a fim de garantir-lhe o tratamento adequado e previsto pelas diretrizes da PNASPI.

Em outras palavras: é preciso que o médico se molde ao paciente - nunca o contrário. Para isso, é necessária a aproximação da formação médica a esse contexto, com eventuais visitas a essas comunidades, o esforço para aprender a língua local e suas variedades semânticas, os hábitos de vida e o território indígena. Isso inclui integrar o apoio do pajé, liderança responsáveis pelos processos de adoecimentos nessas comunidades, e de outros membros das tribos (COSTA, 2016). Todos esses procedimentos, a fim de resguardar ao paciente indígena maior segurança, integridade e conforto, descritos na PNASPI e na Lei Arouca e quase sempre ignoradas (CARDOSO; SANTO; COIMBRA JÚNIOR, 2017).

CONCLUSÃO

Sobre a relação médico-paciente indígena, evidencia-se uma defasagem muito grande no preparo profissional, relacionado, principalmente, à formação médica presente nas décadas anteriores. Se, como estabelece a PNASPI, o atendimento ao indígena deve ser diferenciado e especial, tomando o indivíduo como próprio molde do atendimento, então o mesmo deve acontecer com a formação de quem vai atender essa população. É preciso que a formação médica, bem como de todos os profissionais de saúde, garanta ao graduando a capacidade de atuação nessas áreas.

Nesse sentido, é perceptível um grande esforço do Estado para reverter a situação da formação, incentivando as instituições a inserirem a saúde dos povos indígenas e de minorias, de uma forma geral, como temas relevantes na grade curricular, fato que garante esperança para a atuação do profissional da saúde no futuro.

Outro ponto a ser ressaltado é a questão estrutural voltada à saúde indígena. Essa questão constitui uma das maiores problemáticas da atualidade, uma vez que pode influenciar no interesse de profissionais pela atenção a essa população, em decorrência de condições ruins de infraestrutura, qualidade de vida, falta de medicamentos e equipamentos essenciais. Portanto, é preciso que o poder público mobilize esforços, não na criação de mais políticas, mas na real efetivação das já existentes, como a PNASPI, fazendo valer os direitos instituídos aos indígenas e resguardados pela Constituição.

Assim, conclui-se que a implementação da PNASPI no Brasil ainda precisa ser efetivada, uma vez que seus ganhos foram parciais e limitados. Ainda assim, a normatização do direito à saúde pela comunidade indígena causa esperança, necessitando entretanto, de maior atenção governamental e social.

REFERÊNCIAS

BALMEIDA, M. R. C. A atuação dos indígenas na História do Brasil: revisões historiográficas. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 37, n. 75, p. 17-38, 2017.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de Saúde Indígena. Fundação Nacional da Saúde. Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Lei n.º 6.001, de 19 de dezembro de 1973. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19. dez. 1973.

BRASIL. Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23. set. 1999.

BRASIL. Lei n.º 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20. dez. 1996.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. **Povos Indígenas e o processo saúde-doença**. v. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, p. 75-91.

COSTA, F. A. S. *et al.* Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. **Revista Sanare**, Sobral, v. 15, e. 2, p. 112 - 119,. 2016.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Revista Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, e. 4, p. 867 - 874, Abr. 2014.

FERNANDES, M. N. F. *et al.* Um breve histórico da Saúde Indígena no Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 4, n. 4, p. 1951-1960, Nov. 2015.

GOMES, S. C.; ESPERIDÃO, M. A. Acesso dos usuários aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.5, Junho, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indígenas**. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/apresentacao-indigenas.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MARTINS, J. C. L. **O trabalho do enfermeiro na saúde indígena**: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, e. 184, 2018.

MOTA, S. E. C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v. 27, e. 1, p. 11 - 25, Mar. 2018.

ROCHA, D. F.; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, e. 2, 2019.

SANDES, L. F. F. *et al.* Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 42, e. 184, 2018.

SANTOS, A. C. G. *et al.* Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Revista Bioética**, Washington, v. 25, e. 3, 2017.

SANTOS, M. M. *et al.* Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, e. 1, p. 127 - 136, 2016.

SILVA, D. M. *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 920 - 929, 2016.

WENCZENOVICZ, T. J. Saúde Indígena: Reflexões Contemporâneas. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, e. 1, p. 63 - 82, Mar. 2018.

CAPÍTULO 13

INIQUIDADES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Helen Cristina da Silva Marcondes¹, Maria Eduarda Barbosa¹,
Michele Caroline Dias de Lima¹, Bruna Moretti Luchesi²

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre as iniquidades no acesso a serviços de saúde pela população negra no cenário brasileiro. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e em dados da literatura nacional e internacional. **Resultados e Discussão:** Discrepâncias no atendimento de saúde da população negra e a forma como os determinantes sociais influenciam diretamente no bem-estar desses indivíduos é refletido na baixa escolaridade, desproporção salarial, patologias condicionadas especificamente à comunidade negra, acesso aos serviços básicos de acompanhamento pré-natal e, principalmente, a discriminação racial implícita no serviço de saúde. **Conclusão:** Os serviços prestados à população negra mostram-se precários. Há falhas no cumprimento de um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade. A Estratégia de Saúde da Família é local primordial para garantir o direito constitucional dessa população.

Descritores: Desigualdade Racial em Saúde, Iniquidades em Saúde, Disparidades nas Condições de Saúde.

INTRODUÇÃO

As raízes do racismo estão diretamente ligadas à escravidão, e consequentemente ao estigma de inferioridade de valores acerca da cultura

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

negra, que ganhou força devido à sua perpetuação em nossa história por mais de três séculos (KALCKMANN *et al.*, 2007). De acordo com Romano (2018), o racismo age de forma prejudicial em nossa sociedade e se manifesta de diversas formas, entre elas está a desvalorização do indivíduo baseada em sua aparência, assim, o sistema favorece a comunidade branca e negligencia a população negra. Em vista disso, privilegiar determinada cultura, desfavorecendo outras, configura-se como etnocentrismo, que discrimina a heterogeneidade cultural e étnica, sugerindo-se como padrão e reprimindo os demais universos culturais (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Segundo Kalckmann *et al.* (2007), as concepções acerca do embranquecimento passa de um racismo de dominação para um racismo de exclusão. Sendo assim, a discriminação enfrentada por negros no serviço de saúde pode afetar a qualidade dos cuidados desempenhados, como enxergam o serviço prestado, e até mesmo influenciar na vivência e modo como estes indivíduos irão se relacionar com o sistema de saúde (BEN *et al.*, 2017).

Diante disso, faz-se necessário analisar as discrepâncias existentes entre as populações negra e branca. Matos e Tourinho (2018) elucidam que a taxa de analfabetismo prevalece na população negra, fator que está intimamente relacionado a fatores sociais, como a distribuição de renda, chegando a ser duas vezes maior do que na população branca.

Por conseguinte, existe uma relação importante de mortalidade relacionada à etnia, como apresentam Matos e Tourinho (2018), que por meio de pesquisas realizadas na plataforma Departamento de Informática do SUS (DATASUS) observa-se que as principais causas de morte estão intrinsecamente relacionadas à cor da pele. De um lado, os autores afirmam que a população branca sofre principalmente de problemas sanguíneos, cardíacos e tumorais, do outro, as principais doenças que afetam a população negra estão ligadas diretamente a fatores de desigualdade social, como doenças sexualmente transmissíveis, com destaque na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e violência envolvendo homicídios.

Tais dados demonstram gritantes diferenças existentes no país, evidenciando a importância do debate. Logo, torna-se necessário uma reflexão aprofundada sobre a inclusão dessa minoria de forma a garantir o seu direito constitucional de acesso aos serviços de saúde. O objetivo desse estudo é refletir sobre as iniquidades no acesso a serviços de saúde da população negra no cenário brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o princípio da equidade disposto na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituída pela portaria GM/MS nº 992, de 13 de Maio de 2009, criada pelo Ministério da Saúde em resposta às desigualdades em saúde; e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos 12 anos, dado a insuficiência de publicações recentes na temática. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scielo e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

Devido à necessidade de atenção específica aos indivíduos negros por conta das disparidades sociais, culturais e econômicas que acometem essa população e com o intuito de reafirmar o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, criou a PNSIPN. Essa política busca revelar as desigualdades em saúde que perduram em nossa sociedade, devido a um histórico de condições precárias de vida e trabalho desses indivíduos advindos do período colonial (BRASIL, 2013).

Ademais, a política tem como diretriz a implementação de planos específicos às demandas da comunidade negra, delimitando-os por meio de estudos que salientem a assimetria na qualidade de vida desses indivíduos. Pois, é perceptível uma estratificação social no padrão de vida desses cidadãos, uma vez que as condições de vida desse grupo mostram-

-se, ao longo de todos esses anos, inferiorizadas quando comparada aos indivíduos brancos (BRASIL, 2013).

O conceito de equidade é mensurado na PNSIPN (2013, p. 31), a qual o define como: “aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para se discutir o princípio da equidade cabe-nos contextualizar o conceito de iniquidade. A iniquidade com relação à comunidade negra se manifesta de diversas maneiras em nossa sociedade, demonstrando que diversos fatores condicionam, ainda que indiretamente, na qualidade de saúde dessa população. Sendo assim, faz-se necessário averiguar os determinantes sociais que refletem nessa disparidade como, por exemplo, a escolaridade, a renda, o acometimento de doenças condicionadas a essa população e o atendimento de saúde prestado.

Granja *et al.* (2010, p. 81) definem iniquidade como:

As diferenças geradas pela restrição à liberdade de escolha; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência de os doentes descerem na escala social.

Batista (2017) expõe a importância e as dificuldades da implementação da PNSIPN, a qual se mostra extremamente útil na delimitação das individualidades da comunidade negra no quesito saúde a fim de combater as iniquidades por esta sofridas. Entretanto, evidencia-se nesse estudo pouca ou nenhuma adesão dos gestores de saúde à política, o que não corrobora com suas diretrizes, que elucidam a fundamental importância da implementação do monitoramento e análise de atividades para o combate ao racismo e as desigualdades étnico-raciais na saúde. Dentre os 5561

municípios analisados na pesquisa, somente 32 relataram ter a PNSIPN implementada, o que nos confirma a baixa adesão dos gestores de saúde, demonstrando claramente violação dos direitos e dos mecanismos de promoção à equidade desenvolvidos a fim de minimizar as disparidades.

Analisando-se os dados da escolaridade comparativa entre a população negra e branca, obtida por Matos e Tourinho (2018), tem-se que o analfabetismo é superior na comunidade preta e parda, sendo que nesses grupos as taxas de analfabetismo eram 3,51% e 3,95%, respectivamente, em comparação com a população branca que era de 1,63%. Além disso, na população branca cerca de 60% tinha ensino fundamental completo e para os negros esse número diminui para 49%. Esses dados demonstram-nos a marginalização da população negra, pois, normalmente, esse grupo não frequenta as instituições de ensino devido aos empilhos estabelecidos no acesso da educação.

Verificando-se os dados demográficos apresentados pelo DATASUS na plataforma TABNET expostos em 2010, vê-se que 13,59% da população preta e 15,32% da população parda viviam com renda inferior a meio salário mínimo. A renda domiciliar média era de R\$ 1.770,29 para a população geral, R\$ 1.911,99 para a população branca, R\$ 883,41 para a população preta e R\$ 954,11 para a população parda (MATOS; TOURINHO, 2018). Tais características implicam diretamente na qualidade de vida dessa população, já que a má distribuição de renda reflete na alimentação, moradia e locomoção precária, que, por sua vez, relacionam-se com a saúde integral dos indivíduos. Matos e Tourinho (2018) também descrevem que a porcentagem de nascidos vivos sem nenhuma consulta pré-natal foi de 1,31% para a população branca e 3,85% para a população parda. Além disso, mulheres brancas tiveram 20% de consultas pré-natais a mais que as negras. Essa discrepância corrobora com o relato de um coordenador de conselho da cultura entrevistado por Kalckmann *et al.* (2007), que assevera que muitos médicos se recusam a examinar as gestantes negras.

Ademais, nota-se que a sífilis em gestantes é maior na população negra e isso segue o mesmo padrão com tuberculose, sendo que mulheres e homens negros morrem três vezes mais por tuberculose do que os brancos (MATOS; TOURINHO, 2018).

Além disso, mostra-se, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde, que apenas 27,71% da população branca recorre à Unidade Básica de Saúde (UBS) como local de primeiro atendimento quando há necessidade de um serviço de saúde, enquanto na população preta e parda, essa porcentagem foi de 59,07% e 51,10%, respectivamente. Ainda assim, segundo o censo de 2010, sabe-se ainda, que 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras. Isso demonstra a maior necessidade de acesso à saúde da população negra devido a má qualidade de vida desse grupo, salientando a importância de se realizar um atendimento integral, levando em consideração o princípio da equidade, que busca atender os indivíduos conforme sua demanda e necessidade (MATOS; TOURINHO, 2018).

Belfort, Kalckmann e Batista (2016), demonstraram por um estudo com 26 puérperas negras a qualidade do atendimento e acompanhamento de saúde prestado a essas pacientes durante o pré-natal. Evidenciou-se que nenhuma das pacientes foi orientada acerca da anemia falciforme e ferropriva, patologia que foi apresentada por pelo menos 33% das entrevistadas, que acomete em especial a população negra, e está diretamente relacionada à mortalidade infantil.

Nesse contexto, Matos e Tourinho (2018) mensuram que o número de mulheres com nenhuma consulta pré-natal é 2,9 vezes maior dentre os pardos em comparação com os brancos.

Nota-se também que a raça está associada à saúde mental, tendo a população negra maior tendência a esses transtornos, sendo o suicídio a principal causa de morte na população parda em 2016 (MATOS;

TOURINHO, 2018). Esse fato é reflexo da exclusão social vivenciada por essa comunidade devido ao seu histórico traumático que perpassa desde o período colonial.

Ademais, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada a Igualdade Racial demonstrou que as disparidades econômicas, demográficas e raciais estão diretamente ligadas às mortes violentas, como demonstra o Quadro 1. O que corrobora com o fato de que a qualidade de vida e seus determinantes sociais estão intimamente associados ao nível de violência em que esses indivíduos estão inseridos. Afinal, a falta de emprego, acesso à educação e segurança são indicativos diretos da expressão desse grupo na sociedade.

Quadro 1 - Taxa de homicídio em negros e não-negros por Unidades da Federação

Taxa de Homicídios		
Unidade da Federação	Negro	Não-Negro
Acre	18,0	12,9
Alagoas	80,5	4,6
Amapá	41,1	16,1
Amazonas	38,5	7,8
Bahia	47,3	11,3
Ceará	30,3	10,7
Distrito Federal	52,7	10,0
Espírito Santo	65,0	17,4
Goiás	42,8	15,0
Maranhão	26,3	9,6
Mato Grosso	39,7	20,4
Mato Grosso do Sul	30,6	21,0
Minas Gerais	23,8	10,3
Pará	55,1	15,5
Paraíba	60,5	3,1
Paraná	22,6	38,7
Pernambuco	54,6	7,7

Taxa de Homicídios		
Unidade da Federação	Negro	Não-Negro
Piauí	14,9	7,0
Rio de Janeiro	41,0	21,2
Rio Grande do Norte	34,7	8,5
Rio Grande do Sul	25,1	17,9
Rondônia	39,5	24,9
Roraima	34,2	9,4
Santa Catarina	13,4	12,6
São Paulo	16,2	12,0
Sergipe	39,8	9,6
Tocantins	27,1	9,5

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada a Igualdade Racial (2010)

Com isso, objetivando-se ilustrar as desigualdades vivenciadas pela população negra, o médico Romano (2018) relatou uma experiência de preconceito no ambiente de saúde. Segundo ele, um indivíduo negro chegou a unidade de saúde baleado, quase sem vida, e ao realizar os procedimentos previstos no protocolo a equipe de trabalho notou que este estava com dois celulares no bolso, prática comum entre os médicos. Entretanto, em nenhum momento pensou-se que esse indivíduo era médico, e o trataram como um traficante, julgando-o pela sua cor de pele.

Além disso, Romano (2018) apresenta-nos situações cotidianas que demonstram o quanto o branco é privilegiado em relação ao negro. O mesmo exemplifica que os médicos brancos são incentivados, desde a sua infância, a seguir a profissão sendo amparados pelas pessoas a sua volta e não tem a preocupação de provar o seu valor todos os dias por não terem a pele escura. Ademais, refere que os negros são submetidos constantemente a ocasiões onde é necessário provar seu valor, muito mais que um médico branco, visto que a sua cor é associada à incompetência. Isto é, o meio é propício para educar indivíduos brancos a não terem percepção do quão são privilegiados.

Contudo, essas circunstâncias podem ser revertidas por meio

da atenção especial a essa população pela Estratégia Saúde da Família. Tal ponto de apoio da rede de atenção à saúde mostrou-se promissor em uma pesquisa realizada em 2017, elucidada por Matos e Tourinho (2017), onde, após a implementação da estratégia, houve uma redução de 27,5% na mortalidade por doenças infecciosas e de 19,3% de diabetes na população negra, além de diminuição de 17,9% nas mortes por deficiências nutricionais e anemia nas crianças menores de cinco anos.

CONCLUSÃO

Apesar do esforço governamental na implementação de programas que visem cessar as disparidades vivenciadas na saúde da comunidade negra, ainda se percebe grande estigma quanto a essa população, fato que tem suas raízes incutidas na história do país, marcada por grande inferioridade e submissão empregada e estes indivíduos tendo início no século XVI. Embora pelo menos 500 anos nos separe deste fato tão infeliz, ainda é evidente o quanto os negros são inferiorizados em nossa sociedade, em especial nos serviços de saúde, e mesmo diante de diretrizes que proponham a importância da inclusão e atenção especializada a estes indivíduos, é perceptível a falta de efetividade na atenção integral destes.

Com o intuito de promover a redução das iniquidades sofrida pela população negra na atenção em saúde, vale ressaltar a importância do preparo dos profissionais no atendimento integral desses pacientes, visando proporcionar informações educacionais a respeito de saúde a essa comunidade com o objetivo de minimizar as patologias recorrentes nesses indivíduos.

Ademais, compete aos gestores de saúde a aderência aos programas especializados na atenção da comunidade negra, visto que suas necessidades são específicas e merecem um atendimento equivalente a demanda.

Nota-se grande defasagem em pesquisas que delimitem a real condição da população negra, por isso, é necessário incentivo a estudos que demonstrem tais dados de forma clara e sinalizem as possíveis origens dessa problemática.

Portanto, é crucial compreender o quanto a má assistência desses indivíduos causa impactos negativos na saúde e condição de vida dessa comunidade, para que se possa caminhar em busca de uma assistência à saúde igualitária, que não tenha a cor de pele como preditivo para a qualidade da assistência que será desempenhada.

REFERÊNCIAS

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, mai. 2019.

BELFORT, I. K. P.; KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 631-640, set. 2016.

BEN, J. *et al.* Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. **Plos One**, San Francisco, v. 12, n. 12, p.0189900, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

GRANJA, G. F. *et al.* Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 1, p.72-86, mar. 2010.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA IGUALDADE RACIAL. **Pesquisa apresenta dados sobre violência contra negros**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=730. Acesso em: 10 abr. 2019.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, ago. 2007.

MATOS, C. C. S. A.; TOURINHO, F. S. V. Saúde da população negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos negros e pardos em Florianópolis (SC). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-13, Jan-Dez, 2018.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Aspectos culturais e históricos na produção de cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2003-2012, jun. 2017.

ROMANO, M. J. white privilege in a white coat: how racism shaped my medical education. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, Ohio (EUA), v. 16, n. 3, p. 261-263, mai-jun. 2018.

CAPÍTULO 14

RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMO DETERMINANTES AMBIENTAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Ana Beatriz Gomes Grecco¹, Beatriz Vieira Gurgel¹, Matheus Vinícius Silva Fernandes¹, Karine Bianco da Cruz², Tatiana Carvalho Reis Martins³

RESUMO

Objetivo: Refletir de que forma os Resíduos dos Serviços de Saúde impactam na saúde da população e como a construção e a implementação de políticas públicas podem influenciar diretamente na saúde da população. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em pesquisa de dados e na literatura nacional e internacional, com referência no Manual de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (2006), desenvolvido pela Anvisa. **Resultados e Discussão:** Notou-se, a partir dos artigos levantados, o desafiador panorama e a crescente preocupação que abrangem a discussão a respeito da gestão dos Resíduos dos Serviços de Saúde e seus impactos na sociedade e na Medicina. **Conclusão:** Foi observado que a dificuldade de se gerenciar os resíduos e diversos aspectos relacionados a sua geração, manejo e descarte, estão diretamente relacionados com a utilização inadequada dos manuais e políticas que regulamentam os resíduos, seja pela falta de conhecimento seja por negligenciamento geral.

Descritores: Saúde ambiental; Medicina ambiental; Saúde Pública; Meio Ambiente.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Professora Adjunta A da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

INTRODUÇÃO

Define-se saúde ambiental como:

“um campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares voltadas aos reflexos, na saúde humana, das relações do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade, a fim de orientar políticas públicas formuladas com utilização do conhecimento disponível e com participação e controle social” (BRASIL, 2009, p.18).

Essa relação entre saúde e meio ambiente, incorpora o conhecimento acerca das consequências na saúde resultantes da interação entre a população humana e o meio ambiente físico, natural e o transformado pelo homem (EHPC, 1998).

Kyle (2018) destaca que o monitoramento da saúde ambiental é uma área emergente que abrange os setores tradicionais de saúde pública e proteção ambiental. Afirma ainda que o objetivo de se associar a interação entre ambiente e saúde favorece o fornecimento de informações sobre como o ambiente afeta a saúde e o que pode ser feito a respeito.

Klein, Dias e Jayo (2018), ao referirem acerca dos impactos de agentes biológicos, adentram em questões sobre os Resíduos Sólidos Urbanos (RSU) e sobre como este tema constitui-se um desafio para as políticas públicas. A disposição inapropriada desses resíduos impactam diretamente na saúde pública, visto a poluição de corpos d'água, a degradação do solo, a intensificação do assoreamento de rios, além do aumento de vetores de importância sanitária e de veiculação hídrica, como a leptospirose e a dengue.

Segundo Ramos *et al.* (2011), os Resíduos de Serviços da Saúde (RSS) compõem parte importante do total dos RSU não pela quantidade gerada, mas pelo potencial risco que afeta a saúde ambiental e coletiva.

Baseado no Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, os geradores de RSS são todos os serviços relacionados ao atendimento de saúde humana e animal, incluindo os atendimentos clínicos, hospitalares, ambulatoriais e domiciliares, tanto da área urbana quanto da área rural (BRASIL, 2006).

O gerenciamento dos RSS abrange um conjunto de procedimentos que visa desde a redução da produção de resíduos, a um destino sanitariamente seguro, ambientalmente adequado, tendo em vista a garantia da segurança socioambiental (BRASIL, 2006). O descarte inadequado de resíduos tem produzido problemas ambientais capazes de colocar em risco, comprometer os recursos naturais e a qualidade de vida não apenas das atuais, mas, também, das futuras gerações. Por este motivo, o conhecimento de como os RSS podem tornar-se um problema de saúde pública permite auxiliar o entendimento, a análise da progressão ou regressão das estratégias de intervenção, bem como influenciar a promoção de políticas públicas (SILVA; RAMALHO; LACERDA, 2012).

Assim, este capítulo busca refletir como os RSS impactam na saúde da população. Busca-se, além disso, uma reflexão sobre como a construção e a implementação de políticas públicas, no sentido de discutir e, sobretudo, promover uma eficaz gestão integrada dos RSS, pode influenciar na saúde da população; e ainda, compreender que uma gestão eficaz é uma responsabilidade conjunta que envolve a cooperação entre comunidade e Estado.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (BRASIL, 2006), abordando-se questões políticas sobre a implementação e a necessidade da Política Nacional dos Resíduos Sólidos (PNRS), por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacio-

nais. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline).

REFERENCIAL TEÓRICO

Para esta reflexão, foi tomado como embasamento teórico o Manual de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde da Anvisa (BRASIL, 2006), que é pautado na PNRS (BRASIL, 2010).

Este manual foi formulado a partir do esforço conjunto entre a Anvisa e o Ministério do Meio Ambiente visando colocar à disposição daqueles que lidam com serviços de saúde, geradores de resíduos sólidos, um mecanismo de orientação na implantação de um plano de gerenciamento (BRASIL, 2006).

O manual divide-se em dois blocos. O primeiro aborda as discussões relativas ao campo institucional, legal, normativo e técnico. Incluem-se neste bloco a dissertação acerca da evolução do quadro legal das questões relativas à gestão dos resíduos sólidos e do gerenciamento dos RSS; das definições, classificações, riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde dos resíduos sólidos incluindo os RSS; contém considerações a respeito dos Planos de Gestão de Resíduos Sólidos e dos Planos de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (BRASIL, 2006).

O segundo bloco aborda a aplicação dos conceitos e normativas na prática, ou seja, orienta a elaboração do plano de gerenciamento dos RSS nos diferentes estabelecimentos de saúde. Ele é constituído por um manual objetivo e ilustrativo que mostra as diferentes etapas de implantação de um PGRSS. Há também o detalhamento, nos anexos, da classificação dos RSS por grupos, os processos de minimização e segregação, os procedimentos recomendados para o acondicionamento e tipos de tratamento (BRASIL, 2006).

Para facilitar a compreensão, existe um glossário reunindo as expressões, do vocabulário técnico e ainda uma lista de siglas utilizadas no documento e na área de saúde ambiental no aspecto geral. Documentos e livros sobre o assunto estão agrupados nas referências bibliográficas. Por último, reproduz-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 306/04, que originou a necessidade da realização do manual (BRASIL, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Cifuentes-Ávila, Díaz-Fuentes e Osses-Bustingorry (2017), a produção em massa de lixo, característica marcante de uma sociedade hipermoderna que visa a produção e circulação do capital e do consumo, tem gerado graves problemas ambientais, que são capazes de comprometer a vida em sociedade devido à grande quantidade de produtos descartáveis desenvolvidos diariamente. Dentro desse aspecto, é possível encaixar a produção de RSS, pois como o agrupamento dessa classificação de resíduo abrange todas as áreas da saúde humana e animal. Pode-se considerar essa grande quantidade de lixo como um efeito do aumento da expectativa de vida da população em geral aliada com a maior abrangência e acesso aos serviços de saúde. Este cenário, envolve um contraste com as poucas leis de conservação ambiental e o incorreto descarte de RSS, e corrobora a perda da qualidade de vida da população, o desgaste dos recursos naturais e a constante necessidade de atualização de políticas públicas que resguardam o correto descarte dos RSS (ÁVILA; FUENTES; BUSTINGORRY, 2017).

Num primeiro aspecto, com relação à PNRS (BRASIL, 2010), as primeiras iniciativas legislativas para a definição de diretrizes na área de resíduos sólidos surgiram no final da década de 1980. Desde então, foram elaborados mais de 70 Projetos de Lei (PL), os quais encontram-se apensados ao PL 203/91 e ainda geram debates frequentes acerca de sua eficácia e fiscalização.

Dentro do contexto, a Lei nº 12.305/10, que instituiu a PNRS, surge 30 anos após as primeiras iniciativas legislativas, exacerbando o prolongamento de se estabelecer instrumentos de enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos (BRASIL, 2010). Além disso, esse freio contribuiu para que o Brasil assumisse um patamar de desigualdade relacionado aos principais países desenvolvidos no que concerne ao gerenciamento de RSS, aos riscos e aos impactos gerados por estes resíduos.

Cafure e Patriarcha-Gracioli (2015) evidenciam que os impactos ambientais causados pelo gerenciamento inadequado dos resíduos hospitalares podem atingir grandes proporções, levando a contaminações e a elevados índices de infecção hospitalar ou, até mesmo, à geração de epidemias devido a contaminações do lençol freático pelos diversos tipos de RSS.

Em Brasil (2006), tratando-se dos riscos em potenciais, destaca-se a presença de materiais biológicos infectantes e também de metais pesados. Este termo é usado atualmente para designar certos elementos como Cádmio, Cromo, Cobre, Mercúrio, Níquel, Chumbo e Zinco, que estão associados aos problemas de poluição e toxicidade.

Acerca dos componentes biológicos presentes nos resíduos urbanos, destacam-se: *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.*, *Enterobacter sp.*, *Proteus sp.*, *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Bacillus sp.* - todas bactérias -, *Candida sp.*, - espécie de fungo - que pertencem à microbiota normal humana. No entanto, estão relacionados a infecções sistêmicas, sanguíneas, do trato urinário, respiratório e intestinais quando proliferadas de modo anormal no organismo (BRASIL, 2004a).

De acordo com Bento *et al.* (2017), o desconhecimento sobre o manejo adequado dos RSS chama a atenção para o risco biológico de acidente ocupacional e a contaminação por agentes infecciosos como o HIV, os vírus da Hepatite B e Hepatite C, presentes nos fluidos e líquidos corporais como o sangue.

Entretanto, apesar de todos os riscos de propagação de doenças serem conhecidos e disponibilizados pela Anvisa (2006) ao domínio público e direcionado principalmente aos profissionais da área de saúde, pela análise de artigos científicos acadêmicos, é possível constatar uma negligência geral relativa a essas demandas.

Apresentado pelo artigo integrativo de pesquisa bibliográfica e analítica de 12 estudos realizados por Cafure e Patriarcha-Gracioli (2015), fica evidente a constatação da existência de normas e diretrizes públicas para buscar solucionar o descarte incorreto dos RSS. Contudo, o distanciamento entre a teoria e a realidade vigente própria dos estabelecimentos de saúde, seja por parte dos gestores, seja profissionais de saúde, sendo profissionais que manuseiam diariamente esses resíduos, agrava a questão. Na pesquisa, conclui-se que a negligência com tal manejo, envolve questões básicas como 'parâmetros de vulnerabilidade'. Essas condições expostas refletem o desconhecimento desses profissionais acerca das diretrizes recomendadas para o descarte e manejo eficiente e seguro dos RSS. Em uma das reflexões, foi constatado por Camponogara, Ramos e Kirchhof (2009), que embora os trabalhadores expressem certa preocupação com os problemas ambientais e desenvolvam algumas ações em prol da preservação ambiental em âmbito doméstico, eles parecem não transferir esse conhecimento para o seu cotidiano da prática profissional.

É importante salientar que todas as medidas tomadas são por questões de biossegurança. Teixeira e Valle (1996, p. 19) definem biossegurança como:

Conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando a saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados desenvolvidos.

Segundo Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (BRASIL, 2006), a despeito da atuação da Anvisa na busca pela informação pública da sociedade e da evidência de existência de normas, diretrizes e regulamentações que buscam mitigar ou mesmo solucionar a questão, fica evidente o descompasso entre a regra e a realidade. Neste ponto é que repousa a importância a respeito da reflexão: a gestão integrada de RSS é um capítulo inacabado no Brasil. Assim pensando, cabe aqui a abordagem última: discussão e levantamento minuciosos a respeito de uma gestão integrada (BRASIL, 2006).

Neste aspecto, seguindo a esteira da orientação deste Manual (BRASIL, 2006), ressalta-se, a priori, a importância da compreensão de quatro conceitos fundamentais:

O primeiro conceito diz respeito à importância da gestão. Nesse sentido, entende-se como gestão, ações referentes às tomadas de decisões nos tópicos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e que tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas: geração, segregação, acondicionamento, transporte, até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local (BRASIL, 2006, p. 37).

Gallotti (2017) afirma que com planejamento efetivo, a adequação dos procedimentos de manejo, o sistema de sinalização e o uso de equipamentos convenientes, não apenas é possível reduzir os riscos, como também reduzir a extensão de resíduos a serem tratados. Além do mais, é possível promover o reaproveitamento de grande parte destes resíduos pela separação de considerável parte dos produtos recicláveis, o que reduz os custos de seu tratamento e disposição final, processos que geralmente são altos.

O segundo discute a identificação de geradores de RSS. Já abordada anteriormente neste trabalho, a identificação dos geradores de RSS conforme a RDC ANVISA nº 306/04 (BRASIL, 2004B) e a Resolução CONAMA nº 358/05 (BRASIL, 2005) deve ter como foco a importância de se diminuir a produção destes resíduos, em situações em que esta ação é viável e possível (BRASIL, 2006).

O terceiro discorre sobre a responsabilidade pelos RSS. Nesse contexto, evidencia-se que os estabelecimentos de serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, cabendo aos órgãos públicos, dentro de suas competências, a gestão, regulamentação e fiscalização (BRASIL, 2006).

Gallotti (2017) afirma que as principais vantagens relativas à diminuição da geração de RSS, bem como encaminhá-los de forma segura, são a proteção dos trabalhadores que lidam diretamente com esse tipo de material, bem como à preservação dos recursos naturais e meio ambiente.

Por outro lado, segundo Rizzon, Nodari e Reis (2015), os maiores desafios à gestão dos RSS são: ausência de infraestrutura adequada e necessária para realização do gerenciamento sanitariamente adequado, pouca estrutura pública/privada responsável pelos resíduos, desde sua geração até a destinação final, falta de registros de informações dos resíduos produzidos e de diferentes estratégias de gerenciamento, adoção de técnicas inadequadas de disposição dos RSS, pouca utilização de tratamentos prévios, programas de reciclagem e controles, além de custos dispendiosos.

Já para Doi e Moura (2011), o maior desafio quanto ao gerenciamento é a escassez de informação aplicada às etapas, que se baseiam em: segregação, acondicionamento, identificação, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, tratamento interno, coleta externa, tratamento externo e disposição final. Ressaltando que

para a devida execução de cada etapa faz-se indispensável diferenciar os diferentes resíduos, que se agrupam em: o grupo A é identificado pelas substâncias infectantes; o grupo B corresponde às substâncias químicas; o grupo C é representado pelas substâncias radioativas; o grupo D refere-se aos resíduos comuns (plástico, papel, orgânico, metais e vidros) e separados por cores, já o grupo E refere-se aos materiais perfurocortantes (BRASIL, 2004b).

Frente à essa problemática, enfatiza-se que a responsabilidade direta pelos RSS seja dos estabelecimentos de serviços de saúde, por serem os geradores, entretanto, pelo princípio da responsabilidade compartilhada, a responsabilidade pelos RSS se estende a outros atores: ao poder público e às empresas de coleta, tratamento e disposição final. Por último, um quarto conceito aborda cuidados e critérios na contratação de terceiros para realizar os serviços de limpeza, coleta de resíduos, tratamento, disposição final e comercialização de materiais recicláveis. Nesse sentido, na gestão de resíduos sólidos de serviços de saúde, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde podem contratar outros prestadores para este fim (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, Mahler e Moura (2017) destacam a importância de ter à disposição mecanismos que permitam verificar se os procedimentos definidos e a conduta dos atores estão em sincronia com as leis. As contratações devem exigir e assegurar que as empresas cumpram as legislações vigentes. Ao exigir que as empresas terceirizadas cumpram as legislações, o gerador tem como atribuir-lhes responsabilidade em caso de irregularidades, fazendo que se tornem corresponsáveis no caso de avarias resultantes da prestação destes serviços. Principalmente nos casos de empresas que são contratadas para o tratamento dos resíduos, é preciso solicitar tanto a licença de operação (LO) quanto os documentos de monitoramento ambiental que são requeridos no licenciamento (BRASIL, 2006).

Por fim, além da compreensão de conceitos basilares, a gestão integrada se consolida, conforme se ressalta no Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (BRASIL, 2006), a partir do entendimento de como fatores neste processo agem em conjunto.

CONCLUSÃO

Dentro do que foi proposto pela reflexão teórica, infere-se que os impactos ambientais causados pelo mau gerenciamento dos resíduos hospitalares podem atingir grandes proporções, não sendo apenas uma questão de cunho ambiental, mas, também, uma questão que se insere no âmago dos desafios da Medicina. Levando em conta a contaminações e elevados índices de infecção hospitalar, ou até mesmo à geração de epidemias devido a contaminações do lençol freático por diversos tipos de resíduos dos serviços de saúde, os problemas são agravados quando se constata o descaso com o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Destaca-se, nesse sentido, a relevância da classificação correta dos RSS, o levantamento dos tipos de resíduos e quantidades geradas.

Não menos importante, fatores como o acondicionamento correto dos RSS, a coleta e transporte interno dos RSS configuram-se também como itens indispensáveis à boa gestão. Além desses, fatores como o correto armazenamento temporário dos RSS, o armazenamento externo, a coleta e o transporte externo dos RSS são substanciais numa gestão cooperativa.

Outrossim, fatores imperativos neste gerenciamento são as tecnologias de tratamento do RSS, que visam a minimização do risco à saúde, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde da população, e a disposição final dos RSS que devem seguir a legislação brasileira.

Por fim, inevitável salientar a importância da educação continuada neste processo de gerenciamento, sabendo que se trata de uma responsabilidade conjunta, que envolve sociedade e Estado.

REFERÊNCIAS

BENTO, D. G. *et al.* O Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Revista de enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e. 6680015, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lei n 12.305**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Brasília, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2009, 56 p.

BRASIL. **Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde**. Edição Comemorativa para o IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar Salvador, 30 de agosto a 3 de setembro de 2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n° 306, de 7 de dezembro de 2004**: dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília (DF); 2004b.

BRASIL Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). **Resolução n° 358, de 29 de abril de 2005**. Brasília, 2005.

CAFURE, V. A.; PATRIARCHA-GRACIOLLI, S. R. Residues of health services and their environmental impacts: a bibliographical revision. **Interações** (Campo Grande), Campo Grande, v. 16, n. 2, p. 301-314, dez. 2015 .

CAMPONOGARA, S.; RAMOS, F. R. S.; KIRCHHOF, A. L. C. Um olhar sobre a interface trabalho hospitalar e os problemas ambientais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 30, n. 4, p. 724-731, 2009.

CIFUENTES-ÁVILA, F.; DÍAZ-FUENTES, R.; OSSES-BUSTINGORRY, S. Ecologia do comportamento humano: as contradições por trás da mensagem de crise ambiental. **Acta bioeth**, Santiago, v. 24, n. 2, p. 161-165, 2018.

DOI, K. M.; MOURA, G. M. S. S. Resíduos sólidos de serviços de saúde: uma fotografia do comprometimento da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 2, p. 338-344, 2011.

EHPC. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. An ensemble of definitions of environmental health. 20 nov. 1998. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/vWoY83> >

GALLOTTI, F. C. M. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: conhecimento da equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 169- 184, 2017.

KLEIN, F. B.; GONÇALVES-DIAS, S. L. F.; JAYO, M. Gestão de resíduos sólidos urbanos nos municípios da Bacia Hidrográfica do Alto Tietê: uma análise sobre o uso de TIC no acesso à informação governamental. Urbe, **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 140-153, 2018 .

KYLE, P. M. *et al.* Mapping Air Pollution with Google Street View Cars: Efficient Approaches with Mobile Monitoring and Land Use Regression. **Environmental Science & Technology**, Washington, v. 52, p. 12563–12572, 2018.

MAHLER, C. F.; MOURA, L. L. Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): Uma abordagem qualitativa. **RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, Rio Tinto, n. 23, p.46-60, 2017.

RAMOS, Y. S. *et al.* Vulnerabilidade no manejo dos resíduos de serviço de saúde de João Pessoa (PB, Brasil). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3553-3560, 2011.

RIZONI, F.; NODARI, C.H.; REIS, Z.C. Desafio no Gerenciamento de Resíduos em Serviços Públicos de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS)**, São Paulo, v. 04, n. 1, p. 40-54, 2015.

SILVA, S. S. F. *et al.* Meio ambiente, resíduos dos serviços de saúde e a interconexão com a legislação ambiental. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 107, dez 2012.

TEIXEIRA, P; VALLE, S. **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Biblioteca de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.

CAPÍTULO 15

OS IMPACTOS DO CÓDIGO DE NUREMBERG NA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS NO BRASIL: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Amanda Goulart Moura Bento¹, Carolina Geovana Silva Vaz¹,
Luíza Diniz Procópio¹, Maristela Rodrigues Marinho², Juliana Dias Reis
Pessalacia³

RESUMO

Objetivo: Este capítulo apresenta uma reflexão crítica acerca da influência do Código de Nuremberg na formulação e aplicação práticas das normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como principais referenciais, o Código de Nuremberg, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS) no 466 de 2012 e publicações científicas nacionais e internacionais na temática. **Resultados e Discussão:** A partir da análise reflexiva acerca dos aspectos éticos e históricos da Bioética e da ética em pesquisa com seres humanos, é evidente a influência do Código de Nuremberg na evolução histórica das normas e diretrizes éticas da pesquisa no Brasil e bem como no contexto das pesquisas médicas. Os impactos incluem o surgimento da primeira normativa ética no país, a Resolução nº 1/88, a qual não apresentou grande repercussão prática, seguida pela publicação da Resolução 196/1996, a qual foi um marco histórico da ética em pesquisa e que foi recentemente atualizada e substituída pela Resolução 466/12. **Conclusão:** Mesmo após mais de 70 anos do holocausto nazista, com a consequente publicação do Código Nuremberg, torna-se imprescindível uma reflexão sobre a temática da Ética em Pesquisa com Seres Huma-

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER-P-USP). Professora Associada II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

nos, pois a mesma ainda suscita constantes dilemas bioéticos, frente ao rápido desenvolvimento científico e tecnológico da humanidade. Neste contexto, ainda são identificados retrocessos relacionados ao campo dos direitos dos participantes de pesquisas, além da violação dos mesmos. Em geral, as regulamentações para a ética em pesquisa estabelecem valores mínimos para a proteção dos participantes de pesquisas, entretanto, não possuem ferramentas de ordem prática que assegurem o desenvolvimento das pesquisas segundo os parâmetros éticos estabelecidos. Desta forma, enfatiza-se a necessidade da reflexão quanto ao papel não somente educativo, mas também fiscalizador dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos.

Descritores: Bioética; Direitos Humanos; Ética em Pesquisa; Holocausto.

INTRODUÇÃO

Evidencia-se que ao longo da história, a medicina teve diversas alterações nos parâmetros de ética clínica e de pesquisa científica. No entanto, sabe-se que a autonomia do paciente ainda é constantemente negligenciada pelos focos exclusivos nos princípios da beneficência e do sigilo médico, definidos e assegurados pelo Juramento de Hipócrates, escrito no século V antes de Cristo (YAMAKI *et al.*, 2014).

Sabe-se que a ênfase no princípio da beneficência deve-se à cultura historicamente paternalista no contexto das práticas médicas. A atitude paternalista demonstra-se através de atitudes de gentileza dos profissionais os quais acabam por persuadir as pessoas a fazerem escolhas erradas ou as protegem contra as consequências potencialmente danosas de suas próprias preferências (SMEBYE; KIRKEVOLD; ENGEDEL, 2016). Entretanto, os reflexos de se menosprezar esse princípio incluem a ausência da garantia de um espaço de individualidade da pessoa para agir de forma autônoma e se autodeterminar a partir da liberdade de construir seu próprio projeto de vida (BELTRÃO, 2016).

Nota-se que a emergência dos direitos de participantes de pesquisas, surge no contexto dos crimes realizados durante a Segunda Guerra

Mundial, onde líderes de potências se reuniram no ano de 1947, a fim de estabelecer os princípios éticos que regem o comportamento de médicos e cientistas na prática de pesquisas com seres humanos. A partir de tais discussões, foi proposto o Código de Nuremberg, o qual apresenta as dez regras básicas para a ética em pesquisa com seres humanos, garantindo de maneira absoluta, os direitos dos voluntários nas pesquisas e as possíveis consequências caso as diretrizes deste documento sejam descumpridas (MARZIALE; MENDES, 2002).

Contudo, sabe-se que, apesar deste documento ser considerado o marco histórico no surgimento das legislações éticas em pesquisas, anteriormente, já existia uma preocupação com a dignidade de participantes de pesquisas, visto que, o Ministério do Interior Germânico, propôs um detalhado regulamento no ano de 1931, diferenciando procedimentos terapêuticos de experimentação humana e pontuando a obrigatoriedade de consentimento para as pesquisas com seres humanos, dentre outros aspectos. Entretanto, ironicamente, mesmo com a existência do documento, não foram evitados os abusos nos campos de concentração de Auschwitz, comandados pelo médico alemão Joseph Mengele contra os judeus, homossexuais e outras minorias que os nazistas faziam questão de perseguir (PASSINI; PINHEIRO; MONTAGNER, 2018).

Assim, observa-se que, historicamente, o Código surge em um contexto de julgamento pós guerra, com respeito aos experimentos realizados com seres humanos em vítimas do regime nazista, transgredindo a todo tipo de direitos (FERRERO, 2012). Cabe destacar que tal julgamento, conhecido como Tribunal de Nuremberg, foi acompanhado em toda a sociedade, estando assentados no banco dos réus, 23 pessoas acusadas de crimes de guerra e contra a humanidade, e entre eles 20 médicos. Ao término do julgamento de 23 pesquisadores, 16 deles foram declarados culpados, sendo sete condenados à morte (LOPES, 2014). Salienta-se que que o consentimento voluntário foi o principal aspecto destacado para

a condenação dos médicos que participaram dos experimentos, justificando-se que os mesmos não somente tinham causado sofrimentos excessivos aos participantes, como nunca tinham obtido o consentimento voluntário dos participantes (FERRERO, 2012).

Dessa maneira, atesta-se que o referido documento se trata de consensos referidos às necessidades e importância de uma regulamentação sobre pesquisas fundamentadas em direitos humanos, que vieram oportunamente regulamentar o impedimento de abusos de cunho experimental em seres humanos (SCHUCH; VICTORA, 2015).

No ano seguinte, objetivando-se a prevenção e a repressão de crimes de genocídios, crimes de discriminação racial e sexual, além de reforçar a aplicação dos direitos humanos nos âmbitos da pesquisa, foi instituída a Declaração Universal do Direitos Humanos (ONU). De acordo com Rippel, Medeiros e Maluf (2016), busca-se a partir deste documento, uma mudança paradigmática do conceito de Bioética, afirmando-se a necessidade de se contemplar, de forma análoga, aspectos políticos e sociais pertinentes às ciências da vida.

Constata-se também que o Código de Nuremberg impulsionou o surgimento de diversas legislações éticas em todo o mundo, tais como o Informe Belmont: Princípios éticos e guia para a proteção de sujeitos humanos de investigação nos Estados Unidos da América, as Pautas Éticas Internacionais para a Investigação e Experimentação Biomédica em Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Guia para a conduta em investigação que envolve sujeitos humanos dos EUA, a Declaração de Helsínki: princípios éticos para as investigações médicas em seres humanos, da Associação Médica Mundial, a qual foi revisada diversas vezes, e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aclamada pela 33ª Sessão da Conferência Geral da Organização das Nações Unidas (UNESCO)(FERRERO, 2012).

No Brasil, observa-se a aplicação dos conceitos estabelecidos pelo Código de Nuremberg no Código Civil brasileiro e em outras legislações derivadas, as quais consideram o princípio da Autonomia e da Dignidade do ser humano. Destaca-se neste íterim, que o Código civil trata de diversos assuntos diretamente relacionados a termos de personalidade e capacidade, autonomia, relações familiares e responsabilidade civil. Além disso, entre os derivados dos códigos bioéticos clássicos citados estão as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Resolução CNS/MS n. 1/1988, a qual não apresentou grande repercussão prática, seguida pela publicação da Resolução 196/1996, a qual foi um marco histórico da ética em pesquisa e que foi recentemente atualizada e substituída pela Resolução 466/12. Tais legislações, além de sofrerem influência de documentos internacionais, tal como o Código de Nuremberg, também apresentam forte influência das legislações pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), através das Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990 (TOMASEVICIUS FILHO, 2015).

Assim, este capítulo apresenta uma reflexão crítica acerca da influência do Código de Nuremberg na formulação e aplicação práticas das normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como principais referenciais teóricos, o Código de Nuremberg (WASHINGTON, 1949) e a Resolução CNS/MS 466/2012 (BRASIL, 2012) e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados Scielo e Medline.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Código de Nuremberg é um conjunto de princípios éticos que serviu de norteador para as diretrizes que foram desenvolvidas

nos anos seguintes, em todo o mundo. Rege, em especial, a pesquisa com seres humanos, em vista da necessidade de assegurar a autonomia do sujeito participante de pesquisa e o conflito entre os interesses científicos, econômicos e sociais. Sendo considerado como uma das consequências dos Processos de Guerra, ocorridos no fim da Segunda Guerra Mundial, guiou a evolução científica pós-moderna, baseada em princípios éticos e sociais e produzindo efeitos ímpares sob a comunidade científica e a população atingida por seus avanços (WASHINGTON, 1949). Neste documento encontram-se descritas dez regras básicas para as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo elas:

Art. 1o- O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente; Art. 2- O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser feitos de maneira casuística ou desnecessariamente; Art. 3- O experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em ani-

mais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; dessa maneira, os resultados já conhecidos justificam a condição do experimento; Art. 4- O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, quer materiais. Art. 5- Não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente; exceto, talvez, quando o próprio médico pesquisador se submeter ao experimento; Art. 6- O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância do problema que o pesquisador se propõe a resolver; Art. 7- Devem ser tomados cuidados especiais para proteger o participante do experimento de qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota; Art. 8- O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas; Art. 9- O participante do experimento deve ter a liberdade de se retirar no decorrer do experimento. Art. 10- O pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar que a continuação do experimento provavelmente causará danos, invalidez ou morte para os participantes (WASHINGTON, 1949).

Também foi utilizada com referencial para este capítulo, as disposições da Resolução CNS/MS 466/2012, a qual revogou a Resolução CNS/MS 196/96 e faz citação do Código de Nuremberg em seu preâmbulo, ressaltando o impacto deste documento na regulamentação ética no Brasil. Em seu preâmbulo, ela descreve:

Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 (BRASIL, 2012).

DISCUSSÃO

Sabe-se que o Código de Nuremberg foi desenvolvido como o primeiro documento internacional da ética em pesquisa, e assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU), é um reflexo da percepção da malignidade humana exposta diante da Segunda Guerra Mundial. O Código de Nuremberg visa, entre vários aspectos, a proteção do participante da pesquisa, exigindo a observância de sua atuação voluntária e ausência de pressões tanto diretas quanto indiretas. Exige-se também, embora existam inevitavelmente riscos no desenrolar da pesquisa, o equilíbrio entre os benefícios para o participante e possíveis danos. E por fim, busca assegurar que a condução da pesquisa se baseie no respeito à integridade física e mental do indivíduo envolvido (ALBUQUERQUE, 2013).

Apesar do grande impacto do Código de Nuremberg nas legislações éticas em pesquisa de todo o mundo, destaca-se ainda as pesquisas antiéticas em todo o mundo. Prova disso, foi o famoso estudo publicado em 1966 pelo Dr. Henry Beecher, anestesista da *Havard Medical School*, o qual se constituiu uma crítica à falta de atendimento dos aspectos éticos de algumas pesquisas, destacou-se 22 pesquisas publicadas em periódicos de grande impacto, realizadas entre 1948 e 1965, que apresentavam importantes transgressões de princípios e normas éticas, ressaltou ainda que 14 destas pesquisas foram realizadas em universidades, contando com financiamento governamental ou de indústrias farmacêuticas. Outro aspecto relevante identificado, foi a participação de populações vulneráveis e que não contavam com o processo de consentimento livre e esclarecido. Assim, mesmo após a publicação do Código de Nuremberg, os pesquisadores continuavam a apresentar condutas abusivas em suas pesquisas (LOPES, 2014).

Assim, evidencia-se através dos fatos históricos da Bioética, a existência de diversos outros estudos abusivos aos princípios da ética e dos direitos humanos. Vale mencionar o Caso Tuskegee, ocorrido na cida-

de do Alabama, EUA, o qual tratou-se de um estudo sobre a evolução natural da sífilis em negros, financiado por organismos governamentais americanos, onde os participantes voluntários envolvidos não foram informados sobre seu diagnóstico e jamais deram seu consentimento de modo a participar da experiências, pois acreditavam que estavam recebendo tratamento gratuito. Assim, a falta de consentimento informado e a discriminação quanto aos cuidados necessários aos participantes, evidencia a relevância do primeiro artigo do Código de Nuremberg, cujo texto destaca o consentimento voluntário do ser humano como sendo ‘absolutamente essencial’ (PASSINI; PINHEIRO; MONTAGNER, 2018).

Destaca-se que o foco em defender a dignidade e os direitos de todos os seres humanos nos ajudará a desenvolver pesquisas que contribuam universalmente para a ciência e sociedade, mas para isso necessita-se de mudanças nas disposições referentes ao consentimento informado. Além disso, as normas éticas regulamentadoras precisam proporcionar uma conversa genuína entre o pesquisador e o participante de pesquisa, devendo levar a sério tanto a ilusão terapêutica quanto o desejo do pesquisador e do participante da pesquisa (GEORGE, 2018).

Assim, percebe-se que tanto a Declaração Universal dos Direitos Humanos como também o Código de Nuremberg impactaram diretamente nos parâmetros atribuídos às normas da ética em pesquisa no Brasil e em todo o mundo. Como afirma Tavares (2018), a Resolução nº 1/88 do CNS/MS, foi o primeiro documento de regulamentação de pesquisas com seres humanos no Brasil e teve como referência documentos tais como o Código de Nuremberg. As influências do Código de Nuremberg sobre a Resolução nº 1/88 são evidentes, uma vez que diversos princípios são usados como base para os parâmetros das normas aplicadas em pesquisa. Nesse caso, por exemplo, o quarto princípio do Código de Nuremberg, que exige que seja evitado toda e qualquer forma de sofrimento e danos desnecessários, também é garantido nessa legislação.

Contudo, sabe-se que a resolução nº 1/88 não teve muito impacto no país, sendo revogada e substituída em 1996 pela Resolução CNS/MS nº 196/1996, de escopo mais abrangente, uma vez que passa a se aplicar a todas as pesquisas envolvendo seres humanos, independentemente da área de conhecimento, além de criar também a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (VELOSO; CUNHA; GARRAFA, 2016; SILVA; SANTOS, 2016).

Segundo Novoa (2014), faz-se notável que a referência para pesquisas envolvendo seres humanos por muitos anos no Brasil foi a Resolução CNS/MS 196/96, atualmente substituída pela Resolução CNS/MS 466/12, que tem embasamento também nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90. Estabeleceu-se como referenciais da bioética os princípios de autonomia, não maleficência, justiça, beneficência e justiça, para a tomada de decisão envolvendo dilemas éticos na pesquisa envolvendo seres humanos. Passou a assegurar com maior veemência os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica, como também ao Estado. Ainda enfatiza-se a alteração do emprego do termo 'sujeito de pesquisa' para 'participante da pesquisa', evidenciando o valor significativo do vocabulário atribuído na aplicação da pesquisa, e principalmente, afirmando com mais clareza a autonomia do indivíduo envolvido (TOMASEVICIUS FILHO, 2015).

Dentre as exigências incluídas na atual resolução, ressalta-se a obrigatoriedade de que os participantes, ou seus representantes, sejam esclarecidos sobre todos os procedimentos adotados ao decorrer da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios. Garante-se o direito ao Consentimento Livre e Esclarecido, ao Assentimento Livre e Esclarecido e à assistência imediata e integral ao participante da pesquisa (NOVOA, 2014). No TCLE deve constar informações claras e detalhadas acerca do objeto da pesquisa, seus benefícios, riscos e desconfortos, a gratuidade pela participação, o ressarcimento de despesas em que venham a ocorrer,

a garantia de reparação dos possíveis danos causados em sua execução e a faculdade de retirada imotivada do consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo ao indivíduo (TOMASEVICIUS FILHO, 2015).

Nesse sentido, destaca-se a importância atribuída ao princípio da autonomia do indivíduo desde a Resolução nº 1/88 até as suas últimas revogações, tendo como principal precursor, o Código de Nuremberg. Portanto, fica claro que um dos principais fatores a ser considerado em uma pesquisa envolvendo seres humanos, é a manifestação da livre vontade para a participação nela. Essa manifestação é mediada, por exemplo, pelo TCLE, definido por Tomasevicius Filho (2015) como um negócio jurídico, similar ao contrato, testamento e casamento: uma vez celebrado, cria deveres e obrigações ao pesquisador.

Ademais, salienta-se que os parâmetros bioéticos estabelecidos no Brasil, a partir dos documentos e acordos universais anteriormente citados, impactam não somente o campo da pesquisa científica, mas também o domínio dos direitos e deveres garantidos a médicos e pacientes na prática clínica. Apresentam-se através do estudo de Annas e Grodin (2018), o qual discorre acerca do marco histórico do 70º aniversário do julgamento dos médicos em Nuremberg, reflexões sobre a participação de médicos e outros profissionais de saúde da Alemanha nas torturas e maus-tratos de um grande número de pessoas, ponderando-se que os mesmos agiram enquanto agentes do Estado. Destaca-se as diversas maneiras pelas quais essas questões permanecem como um relevante desafio para a ética contemporânea. Considerando-se os aspectos clínicos na aplicação dos direitos individuais, salienta-se o uso dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) - criado em 1990, a partir da Lei 8.080/90 - baseando-se no princípio da integralidade da assistência e no processo de assegurar as normas já instituídas anteriormente no Código de Nuremberg e na Declaração dos Direitos Humanos. A adequação, por exemplo, da integralidade na prática médica é vista como uma parte que

deve ser trabalhada em inúmeras dimensões para ser alcançada. Engloba-se, inclusive, aspectos como: boas condições de vida, capacidade de acesso e consumo de toda tecnologia da saúde capaz de melhorar e prolongar a vida (LEITE *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Sabendo que a Declaração dos Direitos Humanos foi oriunda da Organização das Nações Unidas (ONU) devido aos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial e tendo como embasamento que todo ser humano tem seus direitos independente de religião, raça, sexo ou etnia, torna-se clara, a importância de regras que normatizam tais direitos para que haja evolução biopsicosocioespíritual de todos os seres humanos.

Mesmo com a criação da Declaração, esta não foi significativamente seguida e aplicada pois guerras continuaram ocorrendo em várias partes do mundo e no Brasil. Conflitos ideológicos causaram perseguições, mortes e suprimiram os direitos das pessoas.

Passados setenta anos do Julgamento de Nuremberg e da promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos e trinta da Constituição brasileira, é indispensável um mergulho reflexivo com relação ao avanço e ao possível entendimento sobre as questões acerca dos Direitos Humanos, pois estes compõem o principal desafio para a humanidade do século XXI, uma vez que vivemos na época da exclusão generalizada, de retrocessos no campo dos direitos e violação dos mesmos.

O Código de Nuremberg, assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, preconiza critérios, fundamentos mínimos e irredutíveis para ética da pesquisa em seres humanos. Ambas representam relevância fundamental para a bioética, entretanto são desprovidas de mecanismos que tornem obrigatório o cumprimento das normas e de mecanismos sancionatórios que inibam a violação de padrões éticos, desta forma sua infração, na

maior parte dos casos, gerou somente ‘sanções morais’.

Contudo, compreende-se ser apropriada a reflexão que concerne a eticidade em pesquisas envolvendo seres humanos, evidenciando a necessidade de priorizar a dignidade humana e dando ênfase na importância da manutenção e fiscalização das leis que normatizam tais pesquisas.

REFERÊNCIAS

BALBUQUERQUE, A. Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 412-422, 2013.

ANNAS, George J.; GRODIN, Michael A. Reflectins on the 70 th anniversary of the nuremberg doctor é trial. *Am J. Public Health*, Birmingham, AL, v. 108, n. 1, p.10-12, 2018.

BELTRÃO, S. Autonomia da vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 98-116, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 01/88. Aprovar as normas de pesquisa em saúde. **Diário Oficial da União**, 14 de junho de 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012.

DIÓGENES JÚNIOR, J. E. N. Aspectos gerais das características dos direitos fundamentais. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 100, mai. 2012.

FERRERO, A. Direitos humanos e responsabilidade ética no exercício da psicologia. In: JACÓVILELA, A. M., and SATO, L., org. **Diálogos em psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 123-134.

GEORGE, J.; GRODIN, Michael A. Reflections on the 70th Anniversary of the

Nuremberg Doctors' Trial. **A.M.J Public Health**, Washington, v. 108, n. 1, p. 10-12, 2018.

HUMPHREY, J. P. *et al.* Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) - Organização das Nações Unidas. The Holocaust and medical ethics: the voices of the victims. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 34, p. 869-870, 2008.

LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 661-672, 2014.

LOPES, J. A. Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, n.2, p. 262-273, 2014.

MARZIALE, M. H.; MENDES, I. A. C..A divulgação de pesquisas com seres humanos nos periódicos de enfermagem: questões éticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 125-129, Apr. 2002.

NOVOA, P. C. R. O que muda na ética em pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. vii-vix, 2014.

PASSINI, R. P.; PINHEIRO, M. S.; MONTAGNER, M. A. Declaração de Helsinque: flexibilização do uso do placebo, um interesse do mercado farmacêutico. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 14 (e), p. 1-20, 2018.

RIPPEL, J. A.; MEDEIROS, C. A.; MALUF, F. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 603-612, 2016.

ROSA, A. E. M. P. A. Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a liberdade de orientação sexual: interpretação do caso brasileiro. I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIA POLÍTICA, 1., 2015. Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

SCHUCH, P.; VICTORA, C. Pesquisas envolvendo seres humanos: reflexões a partir da Antropologia Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 779-796, 2015.

SILVA, G. J.; SANTOS, M. L. C. Caracterização de protocolos de pesquisa: um estudo na Paraíba, Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 176-183, 2016.

SMEBYE, K.L.; KIRKEVOLD, M.; ENGEDEL, K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. **BMC health services research**, London, v. 16, p. 21, 2016.

TAVARES, R.V. Reflexão sobre os aspectos e procedimentos éticos de uma pesquisa com médicos cooperados do Programa Mais Médicos. **Revista de Antropologia**. (Online), São Paulo, v. 10, n. 2, p. 492-505, 2018.

TOMASEVICIUS FILHO, E. O Código Civil brasileiro na disciplina da pesquisa com seres humanos. **Revista De Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 116-146, 2015.

VELOSO, S. C. S.; CUNHA, T. R.; GARRAFA, V. Controle ético de pesquisas cujos resultados tenham alto risco para a saúde da população. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 234-243, 2016.

WASHINGTON, D.C. **Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals**. Control Council Law. v. 10, n. 2. Washington: [s.n], 1949.

YAMAKI, V.N. *et al.* Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 176-181, 2014.

Este livro foi editorado com as fontes Crimson Text e Nexa.
Publicado on-line em: <https://repositorio.ufms.br>