



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JULIANA PINHEIRO BARBOSA

OS IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS NA VIDA DOS INFARTADOS:
Uma análise das políticas públicas no município de Governador Mangabeira-BA

CACHOEIRA – BA
2019

JULIANA PINHEIRO BARBOSA

OS IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS NA VIDA DOS INFARTADOS:
Uma análise das políticas públicas no município de Governador Mangabeira-BA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do curso Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientador: Prof. Dr. Fabricio Fontes de Andrade.

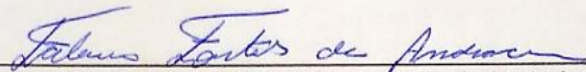
CACHOEIRA – BA
2019

JULIANA PINHEIRO BARBOSA

OS IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS NA VIDA DOS INFARTADOS:
Uma análise das políticas públicas no município de Governador Mangabeira-BA

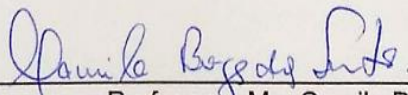
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 18/12/2019



Professor Dr. Fabrício Fontes de Andrade (orientador)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Professora Dr^a Heleni Duarte De Ávila
(Membro interno – UFRB)



Professora Ms. Camila Borges
(Membro interno – UFRB)

*“Chegar lá é nunca desistir da ideia de que
ainda há mais para crescer.”*

Michelle Obama.

AGRADECIMENTOS

Encerro aqui até então uma das fases mais esperadas da minha vida. Uma fase, que embora agora me remeta à gloriosa ideia da conquista, não foi traçada por caminhos fáceis. Esta fase construiu-se carregada de desafios, descobertas e obstáculos a serem superados cotidianamente.

Agradeço a Deus pelas bênçãos, pela força e por ter me permitido traçar mais esse caminho. Sem a sua proteção eu jamais teria conseguido. Agradeço a Nossa Senhora por se fazer cada vez mais presente na minha vida, passando a frente em todas as situações.

Agradeço aos meus pais Claudia e Josafá, aqueles que sempre investiram na minha educação e que, sobretudo nesta fase sonharam este sonho comigo. Vivenciando os desafios da mudança e da adaptação a uma nova rotina da vida. Cada conquista minha é uma conquista nossa.

Ao meu irmão Cauã, minha avó Clarice, meus padrinhos Cleide e Rodrigo, e a minha afilhada Sophia, por todo o carinho, pela presença e por serem verdadeiramente a minha família.

A minha prima Daniela por ter estado presente desde o início, na tomada de decisões, até os tempos presentes. Ao Recôncavo Baiano por ter me acolhido tão bem. As amizades que aqui foram construídos e aos demais laços que foram fortalecidos.

Sou grata UFRB e aos seus respectivos docentes por todo o conhecimento adquirido. Meus agradecimentos ao meu orientador Fabrício Fontes pela compreensão, paciência e por ter acreditado no meu potencial neste período de construção do TCC.

A todos que estando próximos ou distantes torceram juntos e emanaram boas energias.

RESUMO

O Infarto agudo do miocárdio está entre as doenças cardíacas que mais atingem a população. O número expressivo de internamentos e óbitos por esta doença faz com que esta patologia seja tratada como um problema de saúde pública. A mesma encontra-se entre uma das três maiores causas de internamento no Sistema Único de Saúde, chegando a totalizar um milhão dos casos. O infarto pode atingir a pessoas de variadas faixa etárias, e tem como fatores de risco a má alimentação, tabagismo, sedentarismo, excesso no consumo de álcool e fatores recorrentes ao estresse. Deste modo, o presente trabalho é construído tendo como objetivo compreender os impactos socioeconômicos vivenciados pelo indivíduo infartado. A metodologia utilizada para a construção do trabalho foi de abordagem qualitativa e quantitativa, levantamento bibliográfico por meio de teses, monografias e artigos, documentários e os meios cartográficos sendo estes gráficos e pirâmides da população. A coleta de dados foi feita através dos dados fornecidos por plataformas governamentais como o IGBE, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, CNES e o Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia. Foi debatida a inserção da assistência à saúde no Brasil enquanto proteção social, que teve sua origem na década de 30, abrangendo apenas a alguns dos trabalhadores, estrategicamente de áreas ligadas a economia do país. Um longo caminho foi percorrido até a consolidação do SUS, tendo como influencia de destaque o Movimento da Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde. O SUS consolida-se a partir da Lei n.8080/90. No presente trabalho é debatido também sobre as representações que a saúde e a doença representaram durante muito tempo para diferentes grupos culturais. Dados são expostos sobre o perfil epidemiológico das pessoas infartadas, através de demonstração das respectivas taxas e os impactos acometidos após o evento do infarto. Dados foram levantados sobre o perfil da população do município de Governador Mangabeira, e as suas políticas analisadas, sobretudo aquelas para o acolhimento do indivíduo infartado. Como resultado foi analisado que as políticas ofertadas ainda são insuficientes para a garantia de um estilo de vida adequado a estes indivíduos.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Infartados. Impactos socioeconômicos.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction is among the heart diseases that most affect the population. The significant number of hospitalizations and deaths from this disease makes this condition treated as a public health problem. It is one of the three main causes of hospitalization in the Unified Health System, reaching a total of one million cases. Infarction can affect people of various age groups, and its risk factors are poor diet, smoking, physical inactivity, excessive alcohol consumption and recurrent stress factors. Thus, the present work is built with the objective of understanding the socioeconomic impacts experienced by the infarcted individual. The methodology used for the construction of the work was a qualitative and quantitative approach, bibliographic survey through theses, monographs and articles, documentaries and cartographic means, being these graphs and pyramids of the population. Data collection was performed using data provided by government platforms such as IGBE, Brazil Human Development Atlas, CNES and Bahia Court of Auditors. It was discussed the inclusion of health care in Brazil as social protection, originated in the 1930s, covering only a few workers, strategically from areas linked to the country's economy. A long way was traveled until the consolidation of the SUS, highlighting the Health Reform Movement at the VIII National Health Conference. The SUS is consolidated from Law 8080/90. This article also discusses the representations that health and disease have long represented for different cultural groups. Data are presented on the epidemiological profile of infarcted people, showing their rates and impacts after the infarction event. Data were collected on the profile of the population of the municipality of Governador Mangabeira and its policies analyzed, especially the reception of the infarcted individual. As a result, it was analyzed that the policies offered are still insufficient to guarantee an adequate lifestyle for these individuals.

Key-Words: Health Policy. Infarcted. Socioeconomic impacts.

LISTA DE SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretária da Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ECG – Eletrocardiograma
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
HND – Histórico Natural da Doença
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
MES – Ministério de Educação e Saúde
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI – Programa de Atenção Integral à Família
PAIF – Proteção e Atendimento Integral
Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção a Saúde
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI – Serviço Social e Indústria
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UC – Unidade coronária
USs – Unidades de Serviços
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Internações por doenças isquêmicas do coração por Região e Sexo, no ano de 2012.	42
Figura 2 – Internações por doenças isquêmicas do coração por Faixa etária, no ano de 2012.	42
Figura 3 – Pirâmide etária por distribuição de sexo e idade.....	48
Figura 4 – Evolução do nível de escolaridade da população da população de 25 anos ou mais nos anos de 2000 a 2010.....	49
Figura 5 – Causas dos óbitos em Governador Mangabeiro no ano de 2017.	52
Figura 6 – Histórico de casos de óbitos por doenças do aparelho circulatório em Governador Mangabeira – 2006 a 2017.....	53
Figura 7 – Óbitos por doenças do aparelho circulatório em Governador Mangabeira em 2017 – Por sexo.	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	O SISTEMA DE SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL	15
2.1	O surgimento da proteção social brasileira	16
2.2	Contexto histórico da saúde no Brasil	19
2.2.1	A busca por uma saúde democrática	26
2.3	Seguridade Social e o SUS	29
3	OS PROCESSOS SAÚDE/DOENÇA E O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INFARTADOS.....	35
3.1	Debates sobre o processo de saúde-doença	35
3.2	A epidemiologia da doença	39
3.3	Desafios sociais e econômicos enfrentados pelos infartados	43
4	ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR MANGABEIRA – BA.....	46
4.1	Perfil histórico e social do município	46
4.2	A assistência no município	50
4.3	A saúde no município	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS.....	60

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão classificadas entre uma das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis que mais atingem a população em todo o mundo, e uma das que mais acometem ao óbito. Os óbitos causados pelas doenças cardiovasculares totalizam em média 45 % dos casos no Brasil. (SIVIERO; SCATENA; COSTA JR, 2005). As autoras apontam ainda, que com o sucesso do avanço das tecnologias aplicadas às vacinas para combate de doenças infecciosas, a expectativa de vida aumentou entre a população, e estas ficaram mais propícias a desenvolverem doenças ligadas a coronariopatia.

Dentre estas doenças, o infarto agudo do miocárdio destaca-se como uma das doenças que mais numeram casos de incidências e mortes. Esta por sua vez, pode atingir ao mais variados grupos da população. As taxas de internações são maiores entre os homens, no entanto os óbitos tendem a serem maiores entre as mulheres. Os fatores de risco para a doenças estão relacionados à idade elevada, má alimentação, tabagismo, estresse, entre outros.

O processo de cura da doença não se dá apenas pelo processo hospitalar, visto que se trata de uma patologia que necessita de um cuidado contínuo no decorrer da vida. Existem inúmeras condições que perpassam a biológica sobre o estado de cura e agravamento do indivíduo, estando entre elas as suas condições sociais e econômicas.

Diante disso, o objeto sob investigação refere-se à pesquisa sobre os impactos socioeconômicos na vida dos infartados, assim como a efetivação das políticas públicas no acolhimento aos mesmos, especificamente aos que residem em no município de Governador Mangabeira, Bahia. Discutem-se as estratégias de atenção à saúde, a qualidade de vida do público em questão e a atuação das políticas públicas.

Tendo como objetivo norteador desta pesquisa, compreender os impactos socioeconômicos vivenciados pelo indivíduo infartado. Os objetivos secundários do presente trabalho são: Traçar historicamente o surgimento da assistência à saúde inserida nas políticas de proteção social brasileira; Caracterizar o perfil dos

infartados no Brasil; e Analisar a efetividade das políticas públicas para os infartados residentes do município de Governador Mangabeira – BA.

De acordo com Mendes (2014), mesmo tendo na rede pública de saúde meios para o tratamento do infarto agudo do miocárdio, as taxas de mortalidade desta doença continuam crescente. E mesmo tendo entre princípios do sistema de saúde a universalidade, esta por vezes não garante que o usuário acometido pelo infarto tenha acesso ao serviço para obter os devidos atendimentos. Diante disso o problema de pesquisa a ser respondido no presente trabalho é: “Como se efetiva as políticas públicas no tratamento dos infartados no município de Governador Mangabeira-BA, diante das suas condições socioeconômicas?”

O interesse na abordagem de tal temática, parte primeiramente a partir da vivência com uma pessoa que foi acometida ao evento do infarto agudo do miocárdio, acompanhando de perto das dificuldades e desafios para o controle da doença através do Sistema Único de Saúde. Além dos impactos ocasionados por esta, e a representação da doença na vida do indivíduo em questão. Além desta, a experiência durante o estágio supervisionado no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus também foi um fator que fomentou o interesse de bate sobre o tema. Durante este período analisei uma considerável proporção de incidências de internações por pacientes infartados.

Segundo Medeiros et al (2018), o infarto agudo do miocárdio tem sido a doença com mais causas de mortes dentro do quadro de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, trazendo dados de que as DCNT em sua totalidade são responsáveis por 80% dos óbitos em países de baixa renda, justamente pelo fato da dificuldade no acesso aos serviços de assistência à saúde.

Ainda segundo as autoras, em 2011 cerca de 20 milhões de pessoas sofreram de doenças cardiovasculares, sendo que 12 milhões delas chegaram ao óbito. As doenças cardiovasculares estão também entre as que mais se registram casos de internamento no Sistema Único de Saúde.

Mesmo com medidas tomadas, através de programas implementados com o objetivo de atender a esta população, as taxas de óbitos pelo infarto agudo do miocárdio são bem significativas, sobretudo quando se comparado os dados do Brasil com os demais países desenvolvidos. Os grandes índices de mortalidade e morbidade fazem com que essa patologia represente graves problemas da saúde pública. (SANTOS et al, 2018).

Sousa; Oliveira (2005), abordam o quanto uma pessoa acometida por tais patologias podem sofrer pelos impactos das mesmas na sua vida. Mudanças nos fatores físicos, psicológicos, mudanças nas rotinas do cotidiano, alimentação, além dos impactos econômicos por muita das vezes inesperados.

Além desses, o medo se torna presente para o paciente e para as pessoas que convivem ao seu redor. Levando em consideração a representação que o órgão do coração remete ao indivíduo, sendo este crucial para se manter a vida, e aos fatores de risco de um novo evento de ataque da doença.

Esse estudo torna-se relevante por abordar os desafios vivenciados a partir de uma doença que a cada vez mais atinge a população em sua totalidade, salientado a importância de um estudo que vá para além da patologia propriamente dita, mas sim sobre os paradigmas, os impactos e a representação ocasionada por tal evento.

O presente trabalho foi construído a partir de abordagens qualitativas e quantitativas. A respeito desta integração entre as duas abordagens, Goldenberg (2004) expõe a importância desta articulação para a garantia de se obter um resultado que não seja meramente limitado, mas sim que apresente confiança através de uma maior amplitude da pesquisa.

Como forma de obter suporte teórico, a pesquisa fundamentou-se a partir de levantamento bibliográfico, expondo análises dos respectivos autores que debatem os temas aqui propostos. Marconi; Lakatos (2003), definem a pesquisa bibliográfica como fontes secundárias. “A pesquisa bibliográfica não é uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.183).

Um dos tipos bibliográficos utilizados foi o meio audiovisual, através da análise de um filme, que foi de extrema relevância para a compreensão do desenvolvimento histórico das políticas de saúde no Brasil. Outra fonte bibliográfica citada por Marconi; Lakatos (2003), e utilizado na metodologia desta pesquisa foi através dos meios cartográficos, dos quais foram utilizados gráficos e pirâmides da população.

Dados foram coletados a partir de plataformas governamentais de pesquisa de dados, sendo elas o IBGE, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Datasus e o Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia. Ainda nessa perspectiva

foi realizado a análise dos dados coletados, sobretudo do município de Governador Mangabeira, afim de que os objetivos da presente pesquisa fossem alcançados. Livros teses, monografias e artigos dos quais se encaixam em publicações também foram entre os métodos utilizados.

O presente trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

No primeiro capítulo titulado como “O sistema de saúde enquanto política social”, inicia-se introdutoriamente com definições sobre políticas sociais e proteção social. É dialogado sobre o surgimento da proteção social brasileira, no século XX, inserida na sociedade capitalista, como resposta as manifestações sociais.

Trata-se de como se consolidou esta proteção social, quais foram os grupos estrategicamente beneficiários de tais políticas, e seus respectivos progressos. Política essa que, diferentemente de outros países, no Brasil não surgiu através do Estado de Bem-Estar Social.

A partir deste caminho traçado, é pontuado o surgimento da assistência à saúde inserida na gênese da proteção social brasileira, também trazendo o contexto histórico desde os primórdios do século XX. Como as diferentes classes da população tinham acesso aos serviços de saúde, levando em consideração que no início da inserção da assistência do sistema de saúde enquanto proteção social brasileira, o acesso era bem restringido; uma política mais focalizada. E se manteve assim durante um longo período dentro da história.

São pontuados os caminhos percorridos pelas políticas direcionadas a saúde, os retrocessos, sobretudo no período da ditadura militar, que através de tantos aspectos houve a privatização. Os avanços conquistados pela busca por uma saúde democrática, tendo como protagonismo a luta o Movimento da Reforma Sanitária, membros da sociedade e representantes de instituições, que juntamente com a VIII Conferência Nacional de Saúde fizeram-se um marco para o surgimento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Ainda pautando o surgimento do SUS, neste capítulo é dialogado sobre a sua inserção enquanto uma política que compõe a Seguridade Social. As diretrizes previstas na lei, e os níveis de atendimento de tal sistema.

O segundo capítulo recebe o título “Os processos saúde/doença e o perfil epidemiológico dos infartados”, inicialmente neste capítulo há a conceitualização do que o processo de saúde e doença por muito tempo foi representado para os mais variados grupos sociais, dentro de suas individualidades culturais e os seus

respectivos “rituais” em busca da cura. Ainda seguindo esta abordagem, é realizado um debate sobre o impacto da desigualdade para a saúde.

Ainda neste capítulo, é dado seguimento apresentando o perfil epidemiológico da população acometida pelo infarto agudo do miocárdio, apresentando dados sobre a população acometida pela doença no Brasil e os casos de óbitos registrados.

É dialogado também a respeito dos possíveis impactos vivenciados pelo indivíduo após o evento da doença, decorrentes da necessidade de mudança de vida, alteração da rotina, preocupações financeiras, sobretudo no que tange ao trabalho. E a interação com a família, que em sua mais variável formação que foge de um modelo padrão específico, é quem de certa forma se faz presente no cotidiano da pessoa infartada.

No terceiro capítulo, denominado “Estudo de caso do município de Governador Mangabeira – Ba”, inicialmente faz-se uma breve exposição acerca da historicidade do município e seu processo de emancipação. Após, é traçado o perfil do município, com dados da população, longevidade, número de habitantes, taxa de escolaridade, economia do município, entre outros.

É feita também uma exposição sobre a assistência ofertada pelo município, de forma sucinta, porém necessária. Visto que a política de saúde deve agir em concordância com as demais políticas de proteção social. O capítulo finaliza-se trazendo dados da saúde no município, neste são expostos taxas de mortalidade, as suas respectivas causas de morbidade, a assistência ofertada aos pacientes infartados e uma análise a respeito de tais políticas.

A maior parte do capítulo é construído através da análise de dados coletados no IBGE, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Datasus e Tribunal de Contas dos Municípios Estado da Bahia.

2. O SISTEMA DE SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL

É objetivo deste capítulo debater o sistema de saúde enquanto participe de políticas sociais que se estruturam paulatinamente na sociedades capitalistas e conformam, as vezes mais, as vezes menos, sistemas de proteção social.

As políticas sociais se fazem presentes nos Estados modernos desde o surgimento do capitalismo. Necessidades e direitos sociais são atendidos mediante a ação das políticas sociais. Estas, devem ser analisadas como medidas estatais de reparação da desigualdade geradas na sociedade.

Genericamente, a política social é entendida como ação do Estado, gerida pelos governos, para atender às demandas e necessidades coletivas... [visa] à coesão social e à melhoria das condições de vida de indivíduos e grupos; e divide-se em setores também classificados como sociais: saúde, educação, habitação, previdência, assistência social, emprego, dentre outros. (PEREIRA, 2016, p. 204)

Os cuidados relacionados à saúde perpassam a ideia da cura de uma determinada doença, pelo contrário; qualidade de vida, bem-estar, segurança, alimentação, controle sanitário, dentre outros, estão diretamente relacionados à saúde. Por isso faz-se essencial a intervenção do Estado na garantia do direito ao acesso a saúde.

Diante disso o presente capítulo está dividido em três momentos. O primeiro abordando o surgimento da proteção social no Brasil e fazendo um pequeno parêntese sobre o processo de transição para o capitalismo, momento em que surgem as manifestações da questão social, e, portanto passa a ser verificado as necessidades de um sistema de proteção social.

Behring; Boschetti (2009), dizem que assim como as políticas sociais, a proteção social, vem a ser respostas a essas manifestações da questão social nesse contexto do capitalismo. Neste momento do capítulo será dialogado também como o surgimento da proteção social, ao ser integrado, acolhe em seus primeiros momentos aos trabalhadores formais, atuantes em áreas diretamente ligadas a economia do país.

No segundo momento é dialogado sobre o surgimento da assistência a saúde no Brasil, a partir desse contexto de surgimento da proteção social. Abordando os avanços da saúde, os retrocessos, os momentos de crise, e a busca por uma saúde

democrática, pautando a grande importância do Movimento da Reforma Sanitária na conquista de uma saúde para todos.

No terceiro capítulo abordaremos sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde. Um pequeno aprofundamento sobre o que tange a Constituição de Federal de 1988, princípios da Seguridade Social, e redes de atenção à saúde.

2.1 O surgimento da proteção social brasileira

Sabe-se que o surgimento das políticas sociais no Brasil não se efetivou por meio de um Estado de Bem-estar social, (como ocorrido em alguns outros países). No Brasil, ela surge tendo “caráter assistencialista e assistemático” (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 183).

A proteção social no Brasil surge na década de 30 como forma de coibir os movimentos sociais existentes na época, sobretudo em relação às greves e paralisações existentes, garantindo assim uma ordem social. Segundo Jaccoud (2009), o seguro social vem a ser a base do surgimento da proteção social brasileira, ainda assim de forma bastante excludente, visto que não abrangia a toda a população; em contrapartida mesmo não abrangendo a todos, conseguiu subtrair algumas das vulnerabilidades dos trabalhadores beneficiários.

Proteção Social é definida por Jaccoud (2009, p 58), “como um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais.” Nem sempre a mesma irá combater por completo a pobreza ou garantir por inteiro a igualdade, visto que a sua ação dependerá da conjuntura econômica. (MACHADO; VIANA, 2008).

Tratava-se de um período marcado pela economia proveniente do café, produto que segundo Andrade (2018), já se fazia dominante desde o período do Império. Diante disso veremos mais a frente que os primeiros rastros da proteção social foram estrategicamente destinados aos trabalhadores que exercessem a sua profissão em áreas diretamente ligadas a economia do país.

a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pautas

de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis (...) que a instituem como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como 'pai dos pobres', nos anos de 1930. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 78-79)

Anteriormente a esse período da década de 30, durante século XIX, no momento de processo de industrialização e modernização é que surge a "ideia" de proteção social. Nesta época foi crescente o risco de vulnerabilidade social¹ a partir das expansões da relação de trabalho assalariado. Riscos esses relacionados a impossibilidade de prover-se através do salário do trabalho, decorrente a fatores como velhice, doença, o próprio desemprego, dentre outros. Estas causas foram assim denominadas como "risco social". (JACCOUD, 2009)

Segundo Boschetti (2008), as primeiras medidas de proteção social, ainda que não fossem assim definidas, estavam focadas no mundo do trabalho. Já eram preexistentes desde o período que sucedeu a Abolição da Escravatura, em 1889. Nesta época haviam dois tipos de proteção social: as associações privadas, que se limitavam apenas a algumas profissões, e os programas públicos. Desde então várias leis foram publicadas até a Lei Eloy Chaves em 1923, considerada "como ponto de partida do sistema de previdência social" (BOSCHETTI, 2008, p. 12).

A lei, que leva o nome do político trouxe a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), direcionadas as grandes empresas que tivessem fundos para mantê-las. A assistência era oferecida aos trabalhadores de acordo com a proporção da contribuição, dentre tais assistências havia a aposentadoria para qualquer que fosse a causa (invalidez, tempo de serviço ou velhice), pensão em caso de morte, assim como auxílio funeral, assistência médico-ambulatorial e na distribuição de medicamentos (BRAVO, 2009).

Além disso, apenas alguns trabalhadores tinham acesso as CAPs, como eram o caso dos ferroviários e marítimos; isso porque se tratava de profissões com ligação direta na exportação de café, produto que era responsável pela movimentação econômica do país.

¹ Neste contexto, podemos definir vulnerabilidade social como: "à situação na qual os recursos e habilidades de um determinado grupo são insuficientes e/ou inadequados para manejar as ofertas sociais, as quais possibilitariam ascender a maiores níveis de bem-estar ou reduzir a probabilidade de deterioração das condições de vida dos atores sociais." (CRUZ; HILLESHEIM, 2016, p. 301)

No entanto, de acordo com Behring; Boschetti (2009), até a década de 30 havia uma fragilidade nas políticas sociais brasileiras. Bravo (2009, p. 3-4), diz que: “A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática”.

Por isso os anos de 1930 é marcado como o surgimento da proteção social brasileira, com os primórdios da previdência social em que o protagonismo se deu a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que cobriam:

riscos ligados à perda da capacidade laborativa (velhice, morte, invalidez, doença), naquelas categorias de trabalhadores estratégicos, mas com planos pouco uniformizados e orientados pela lógica contributiva do seguro (...) ofereciam um conjunto de benefícios e serviços de acordo com a contribuição dos trabalhadores, dos empresários e do Estado, que não eram uniformes... (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 106-107)

Os IAPs eram atuantes em algumas áreas profissionais, como da indústria, transporte e cargas, e do comércio. E viriam a substituir as Caixas de Aposentadorias. (CONASS, 2011). Muitos dos recursos adquiridos através dos IAPs foram desviados e investidos na industrialização do país.

Segundo Behring; Boschetti (2009), ainda nesse período inicial houve a criação do Ministério Público do Trabalho e posteriormente da Carteira de Trabalho, que direcionava alguns direitos apenas aos trabalhadores com registros em carteira. “Uma característica do desenvolvimento do Estado social brasileiro: seu caráter corporativo e fragmentado, distante da perspectiva da universalização de inspiração Beveridgiana.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 106)

Em 1942, cria-se a LBA (Legião Brasileira de Assistência), que inicialmente tinha como objetivo prestar assistência aos familiares dos combatentes da 2ª Guerra Mundial, mas que posteriormente avançou em vigilância da pobreza no Brasil. Nascida através da articulação entre a Igreja e o Estado, outra criação da época foi a Fundação Leão XVIII, que atuou nas favelas e periferias do país. Ainda em 1942 é criado o SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), que teve como objetivo “formar a mão de obra especializada para o desenvolvimento e ampliação dos setores industriais, em uma perspectiva de socialização dos custos de reprodução da força de trabalho” (ANDRADE, 2018, p. 167).

E em 1946 é criado o SESI (Serviço Social da Indústria), que teve como objetivo proporcionar uma melhora na qualidade de vida do trabalhador através da assistência social. “Com o SESI, o Estado cede espaço a ação da burguesia industrial, que busca consolidar a formação social do trabalhador, garantindo a este uma maior integração as práticas capitalistas e seu modo de vida.” (ANDRADE, 2018, p. 168).

O período da ditadura militar foi marcado por retrocessos para a população brasileira, sobretudo no que tange a proteção social ofertada, com bastantes privatizações dos setores públicos e fragmentações institucionais. A respeito desse período da ditadura Andrade (2018, p. 168), diz que:

tem-se um padrão de política social no Brasil marcado por forte direcionamento tecnocrático. Interditadas as possibilidades de pautas democráticas sob o regime autocrático burguês, resta ao governo impor uma pauta de mudanças institucionais que primem pelo viés tecnocrático e desprezem a participação democrática.

A desigualdade social permanecerá visível durante longos períodos da história, visto que, segundo Andrade (2018), não foram criadas no Brasil medidas de garantias sociais que proporcionassem aos trabalhadores meios para melhorar suas condições de vida através do salário. O autor fundamenta esta discussão trazendo em sua obra², dados sobre quedas da renda.

2.2 Contexto histórico da saúde no Brasil

De acordo com Andrade (2018), é no momento de surgimento do capitalismo em que se é possível notar as manifestações da questão social, ausência de proteção social e por consequência a “tendência ao pauperismo”.

Alguns dos aspectos que marcaram a transição para o capitalismo no Brasil, é a mudança da mão de obra escrava para a mão de obra livre. “A transição ao capitalismo no Brasil se desdobrou tanto no aspecto econômico como social e político como um modelo de distribuição estamental, fortemente marcado pela desigualdade no acesso a renda e poder.” (ANDRADE, 2018, p. 150).

² Encontram-se os dados na tese de doutorado do autor titulado como “Nem tudo que reluz é ouro: O combate à pobreza no Brasil nos governos do PT (2003-2014)”. Rio de Janeiro, 2018.

Nota-se reivindicações em prol da saúde já no final do século XIX, por parte do movimento operário. Alguns avanços alcançados no início do século seguinte foram introdutórios para maiores avanços na saúde a partir dos anos 30, quando a mesma surge como resposta à questão social. (BRAVO, 2009)

De acordo com Paim (2009), durante a República Velha, o Estado intervia apenas nas situações em que as próprias pessoas ou as instituições privadas não fossem capazes de resolver. No que diz respeito à saúde, o autor denomina esse período como “uma espécie de não-sistema de saúde.” (p. 27).

Como já citado, algumas ações de proteção social passaram a ser visíveis a partir de 1920, no entanto apenas após 1930 as legislações das mesmas passaram a ser mais articuladas visando a consolidação da industrialização no país. Em 1920, as intervenções de proteção social se davam através da ajuda (ANDRADE, 2018) muito visível inclusive na saúde.

No que se refere a assistência à saúde, o início do século XX foi marcado por epidemias de várias doenças nas cidades brasileiras, o que impactou diretamente na economia do país, e com isso houve a obrigatoriedade de vacinas e revolução contra as mesmas. A saúde era abordada como questão de polícia devido a tais resistências. Neste período, os pobres que necessitavam de assistência médico-hospitalar ficavam a mercê dos atendimentos caridosos por parte dos hospitais filantrópicos custeados pela igreja ou de atendimentos com benzedadeiras.³

Junior; Nogueira (2002), abordam ainda que foi nos primórdios do século XX, a partir da implantação da economia exportadora cafeeira na região sudeste, que a saúde passou a ser prioridade para o governo.

Segundo Baptista (2007), nesse período houve a “crise do padrão exportador capitalista.” (p. 54). Começaram a haver exigências por parte dos países importadores em relação a qualidade dos produtos exportados. Os navios e portos brasileiros apresentavam sinais de higiene duvidosa, além dos riscos das doenças da época. Foi a partir da revolta da população e dos movimentos, que foram tomadas ações para melhoria da atenção a saúde. E a partir de então foram criadas as CAPs.

Com a criação das CAPs em 1923, alguns dos trabalhadores vinculados às mesmas passaram a ter cobertura em alguns serviços de assistência médica. A

³ Análise feita a partir do documentário, Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde.

saúde nesse período era de forma restritiva e limitada por não atender a todos. Segundo Bravo (2009), a saúde só passa a ter intervenção estatal mais efetivamente a partir da década de 30. Sendo tal política dividida entre “saúde pública e medicina previdenciária”.

É na transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial, na década de 1930, que surgiu um sistema de assistência à saúde (...) Com a consolidação da atuação do Estado na regulação das atividades econômicas, essa mudança teve caráter predominantemente produtivista, com proteção diferenciada aos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e se traduziu, em especial, na promulgação da legislação trabalhista e previdenciária. (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p. 121-122)

O modelo de assistência à saúde durante o período das CAPs é denominada por Paim (2009), como “medicina previdenciária”, o mesmo diz que esta viria a desenvolver-se a partir de 1930, quando as CAPs foram substituídas pelos IAPs, ainda sendo um serviço que não era direcionado a todos, apenas aos trabalhadores formais, com carteira assinada.

Aos que não se encaixassem nesse requisito, restava pagar pelos serviços de atendimento a saúde ou recorrer às instituições filantrópicas. “Como o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doenças e acidentes, bem como os de seus familiares.” (PAIM, 2009, p. 33). Ainda segundo o autor, a saúde nesta época não era tida como prioridade, mesmo para os contribuintes. As verbas capitalizadas eram desviada para outros investimentos relacionados a economia do país.

Para Hochman (2005), um grande marco no desenvolvimento da saúde pública se deu a partir da gestão do ministro Gustavo Capanema⁴, o mesmo foi o ministro que por mais tempo permaneceu no Ministério da Educação e Saúde Pública, de 1935 a 1945. O autor aborda ainda sobre a Reforma do Ministério que

⁴ Político, mineiro. Conhecido por modernizar a educação e a cultura. Ocupou posições em cargos públicos durante 50 anos, dentre esses no Ministério da Educação e Saúde. (Giron, 2019). Disponível em: <https://istoe.com.br/capanema-o-homem-que-era-um-ministerio/>

embora já estivesse sido proposta em 1935, só veio a ser concretizada em 1937, regida pela Lei de nº 378 de 13/01/1937.

A reforma teve sua importância na denominação do ministério que passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES). A partir da aprovação da reforma foi implementada também as Delegacias Federais da Saúde, que se dividiam em oito regiões do Brasil.

As Delegacias tinham como função supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde. Dessa forma, o Governo Federal pretendia ampliar a sua presença nas diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública. Cada delegacia federal de saúde funcionaria como um braço do Ministério em uma determinada região e estabelecia uma relação íntima com os serviços sanitários estaduais. (HOCHMAN, 2005, p. 132)

Graças a essa reforma teve início também as Conferências Nacionais de Saúde. A primeira delas ocorreu em 1941, no Rio de Janeiro, o objetivo era que fossem reunidas as delegações de cada estado do Brasil, para que os temas sobre saúde pública fossem debatidos. Tais Conferências ocorreriam em fóruns nacionais.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) deu-se no período da II Guerra Mundial, de acordo com Junior; Nogueira (2002), mais precisamente em 1942, a partir de um acordo firmado entre o Brasil e os Estados Unidos, financiado, no entanto por este último, que por sua vez, tinha interesse na exploração da borracha e do minério. Já para o Brasil, o SESP se fazia importante, pois conseguia chegar a locais distantes e com grande carência,

e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, tais como técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em saúde pública. Foi também pioneiro na atenção básica domiciliar, com o uso de pessoal auxiliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos, inclusive internação em especialidades básicas em suas Unidades Mistas. (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p. 239)

Ainda segundo o autor, é possível verificar inovações no que tange a assistência à saúde em 1949, período do segundo governo de Getúlio Vargas. Nesse ano houve a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

(SAMDU), que se fez importante, pois oferecia atendimentos que não eram de prática no setor público, apenas no setor privado, como é o caso do atendimento domiciliar. Para além disso, passou a ser oferecido um atendimento universal, embora destinados apenas para as situações de urgências, e o financiamento dos IAPs.

A década de 50 é marcada por mudanças econômicas. O Brasil, que até então tinha a sua fonte de economia voltada para a agricultura, passa a partir desse período a acompanhar a industrialização, fazendo deste setor a sua fonte econômica. Decorrente a isso, a classe operária passou a ser atraída para os centros urbanos. Foi necessária então uma expansão da saúde. (BAPTISTA, 2007).

Getúlio Vargas que teria sido deposto em seu governo anterior, retorna em 1950 como presidente através do voto popular. E é nesse governo que foi criado o Ministério da Saúde (MS), que veio a se separar do Ministério da Educação. Saúde e Educação “compartilhavam” um mesmo ministério desde 1930, que foi quando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi desvinculado do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde e Educação (PAIM, 2009).

Ficaram a cargo do Ministério da Saúde a realização de ações preventivas e campanhas sanitárias. No que se refere à assistência médica, o Ministério da Saúde fica responsável apenas nas criações de hospitais para doenças crônicas. “Até a década de 1960, mantém-se, assim, um sistema de saúde dividido em três subsistemas: a seguridade social, o Ministério da Saúde e o setor privado voluntário.” (LOBATO, 2012, p. 66)

O governo de Juscelino Kubitschek trouxe consigo o crescimento da indústria, período de crescimento da assistência médico-hospitalar causando prejuízo na saúde pública.

No ano de 1960, o SESP passou a ser fundação, sendo denominado então Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp). Ainda nesse ano nasce a medicina de grupo. Isso foi decorrente a um período em que os IAPs passaram a construir os seus próprios hospitais, algumas empresas no entanto, mostraram insatisfação com os atendimentos oferecidos e diante disso surgiu a medicina de grupos, que é constituída por empresas que tem por finalidades prestar serviços médicos privados aos empregados das empresas que os contratam.⁵

⁵ Análise feita a partir do documentário, Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde.

Outra finalidade a respeito dessa medicina de grupo era de que as empresas não precisariam repassar contribuições previdenciárias, pois aderindo esse serviço evitava-se que os trabalhadores recorressem à assistência médica da previdência social (PAIM, 2009).

Durante a ditadura militar, os problemas que já existiam, passaram a ser mais frequentes e mais visíveis, com impactos que trouxeram consequências para a política social, na totalidade de todo esse período.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2009, p. 6)

A saúde no período da ditadura militar brasileira tinha como características a privatização. Foi um período marcado pelo êxodo rural, aumento de doenças, mortalidade infantil, sucateamento da saúde pública e aumento da atenção médica previdenciária. Financiamento para construção de hospitais de iniciativas privadas com verbas da previdência e fraudes no orçamento das USs (Unidades de Serviços).

Segundo Paiva (2014), a medicina previdenciária atendia de forma individual as necessidades dos trabalhadores formais, principalmente os das zonas urbanas. Já os atendimentos prestados pela saúde pública, que era comandada pelo Ministério da Saúde, se direcionavam prioritariamente as zonas rurais e a uma população mais pobre. Suas atividades eram de cunho preventivo.

Em sentido contrário, as políticas do período deram continuidade à diretriz dos governos anteriores de expansão da cobertura da assistência médica previdenciária estatal às camadas mais desfavorecidas. Com esse propósito, foram instituídas várias medidas, como a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967; a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971; a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, no ano seguinte. (PAIVA, 2014, p. 18)

Em 1967, houve a unificação dos IAPs e outros órgãos, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), esse por sua vez foi criado tendo como objetivo “corrigir os inconvenientes da segmentação industrial e, com isto, aumentar a eficiência do sistema” (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p. 240). Os acidentes de trabalho ficaram a cargo da gestão do INPS.

A criação do Sistema Nacional de Saúde ocorreu em 1975, regulamentado pela lei 6.229, foi resultado obtido a partir da V Conferencia Nacional de Saúde. Também foram pautas de debate nesta conferência o Programa de Saúde Materno-Infantil, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle das Grandes Endemias, Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 388)

Surge em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que foi vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência, popularmente conhecido como INAMPS. Nos anos que se seguiram houve a criação do Prevsauúde e do CONASS (Conselho Nacional de Secretária da Saúde) (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a assistência prestada pelo INAMPS era direcionada apenas aos trabalhadores formais, portanto aos contribuintes, e aos seus respectivos dependentes. Segundo Souza (2002), os recursos eram aplicados em maiores números nos estados economicamente mais desenvolvidos e com maior quantidade de trabalhadores formais, que seriam esses os das regiões Sul e Sudeste do país. Havia uma subdivisão de três categorias nesse período em relação ao acesso à saúde, eram elas: os grupos de pessoas que tinham verbas suficientes podendo pagar pelo acesso a saúde, os que tinham acesso a tal assistência por serem beneficiários do INAMPS e os que não possuíam nenhum direito.

Ainda nos anos 70, mais precisamente em 1976 foi criado o Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que tinha por finalidade oferecer atendimento básico as comunidades da região Nordeste do país. O

programa se estendeu a outras regiões a partir de 1979. (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002)

2.2.1 A busca por uma saúde democrática

A década dos anos 80 é marcada por um período de busca pela democratização da saúde no Brasil. Novos sujeitos se mobilizaram nessa luta, a sociedade civil e movimentos populares passaram a ser participativos nessas questões.

A saúde, nessa época, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia. (BRAVO, 2009, p. 8).

O que viria ser o Movimento da Reforma Sanitária teve origem a partir de movimentos sociais, que foram organizados como forma de enfrentamento dos problemas antidemocráticos relacionados à saúde, ainda recorrentes ao atual cenário da ditadura militar, na segunda metade da década de 70.

Foi um período de grande crise econômica alastrada no país. Segundo Paim (2009), o Movimento da Reforma Sanitária era constituído por estudantes, profissionais de saúde, pesquisadores, representantes comunitários, instituições como o Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação) e o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 9)

Foi através das lutas desse movimento e das entidades citadas anteriormente, que começou a ser estruturada a ideia de implementação do SUS. De acordo com Brasil (2009), em 1986, período da Nova República, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto nº n. 91.466, de 23/07/85. Teve como temática central: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento do setor.

Nesta conferência totalizou um número de quase cinco mil participantes. É considerada como um marco histórico, no que tange a luta pela saúde pública brasileira, e uma conferência inovadora em relação às anteriores, pois nesta o debate sobre saúde passou a ser abrangente a todos. Foi de grande importância no debate para a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRAVO, 2009).

Segundo Baptista (2007), no relatório da conferência constou-se a saúde como direito, levando em consideração que a mesma é resultante de vários aspectos, como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. E de que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BAPTISTA, 2007, p.49)

No entanto não foi de imediato que tais propostas foram concretizadas. Seguida a realização da VIII CNS foi construído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que veio a ser um caminho de ligação para o início do SUS. (BAPTISTA, 2007)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve seu protagonismo para a criação do SUS, no entanto as demais conferências tiveram seu lugar de importância na instauração e continuidade desse sistema de saúde. Portanto, vale brevemente listá-las. De acordo com BRASIL (2009), a Lei 81.42/90 prevê a participação da comunidade no que tange a gestão do SUS, diante disso, passou a ser determinada a obrigatoriedade da realização de conferências de saúde a cada quatro anos.

Na 9ª CNS, não foi possível seguir esta determinação do intervalo de quatro anos, devido a prorrogações no governo Collor. Convocada pelo Decreto n. 99.045 de 07/03/1990, a mesma deveria ocorrer em 1990, mas foi prorrogada para 1992,

teve como tema: “Municipalização é o caminho”. Em seu debate foram dialogados os seguintes eixos: Sociedade, governo e saúde. Seguridade Social. Implementação do SUS. Controle social. E finalizando, Outras deliberações e recomendações. (BRASIL, 2009).

Pelo Decreto de 1.727 de 04/12/95, foi convocada a 10ª CNS, debatendo as temáticas: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos para a saúde; Atenção integral à saúde. (BRASIL, 2009).

Dando seguimento, foi realizada em 2000, a 11ª CNS (Decreto n. 8.985 de 28/12/90). Seu tema central foi: “Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”. A centralidade do debate percorreu os seguintes subtemas: Controle social; Financiamento da atenção à saúde no Brasil; Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; Recursos humanos. (BRASIL, 2009).

A 12ª CNS foi realizada em 2002, tendo o tema: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, Convocada pelo Decreto n. 9.872, de 05/05/90. Os subtemas debatidos foram: Direito à saúde; A Seguridade Social e a saúde; A intersectorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde. (BRASIL, 2009).

Seguido desta, a 13ª CNS teve como tema: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”. O seu Decreto não foi numerado. Os eixos debatidos foram os seguintes: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; e A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. (BRASIL, 2009).

A 14ª Conferência Nacional da Saúde ocorreu em 2011, pelo Decreto de 3 de março de 2011, teve como tema central: “ Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política, pública, patrimônio do povo brasileiro”. Teve como eixos: Acesso e Acolhimento com Qualidade – Um desafio para o SUS. (BRASIL, 2012).

E por fim, a 15ª CNS, que ocorreu em 2015, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e teve como tema: “Saúde pública de qualidade, para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

2.3 Seguridade Social e o SUS

Como dialogado anteriormente, o SUS se deu após um processo de construção e de grandes lutas entre avanços e retrocesso no âmbito da saúde durante todo o século passado. O Movimento de Reforma Sanitária foi de grande protagonismo, junto a outras entidades e participação popular, na extensa busca pela consolidação de um sistema universal a todos.

Outro marco importante é a Constituição Federal de 1988. “A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.” (BRAVO, 2009, p. 9-10).

É a partir da Constituição de outubro de 1988, conhecida como Constituição Cidadã que a saúde passa a ser reconhecida como um direito de todos os cidadãos e sendo o dever do Estado de garantir tal oferta. E a partir de então é criada a Lei de nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, que passa a instituir o SUS. A Lei 8080/90 no seu artº 4 define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”

...O texto constitucional redesenha os contornos do nosso sistema de proteção social, propondo o formato organizacional de uma rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada, com comando único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental... (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 196).

Juntamente com a saúde, outros direitos foram estabelecidos a partir da Constituição de 88, como a educação, moradia, assistência e previdência. Diante disso, é importante avaliar os avanços da Constituição Federal Brasileira para além da saúde de forma isolada, pois embora tenha sido um marco importante para a mesma, não se limita apenas a ela.

E a saúde não se resume apenas ao contexto medicinal da cura de determinada doença, ela está vinculada a uma situação social na oferta da qualidade de vida aos cidadãos. Por isso se articula com outras políticas. A Constituição Federal “inaugurou uma mudança para a sociedade brasileira ao introduzir a seguridade como um guarda-chuva que abriga três políticas de proteção social: a saúde, a previdência e a assistência social.” (SPOSATY, 2009, p. 13).

Segundo Senna; Monnerat (2008), mesmo articulada de forma conjunta, um dos maiores desafios destas três políticas que compõem a seguridade social é a não integralidade entre elas. Embora previsto “um, conjunto único” na constituição, não ocorreu a implementação de um único Ministério que acolhessem as três áreas em totalidade a Seguridade Social. Ainda segundo as autoras, durante este tempo, as políticas que compõem a seguridade social foram marcadas por avanços e recuos. Relativamente falando, a área em que mais foi possível notar tais avanços foi na saúde.

As autoras falam ainda sobre o orçamento ser uma das grandes problemáticas que transcorre a seguridade social no Brasil. “Dos anos de 1990 aos dias atuais, a questão do financiamento se traduz em inúmeras dificuldades, conflitos e obstruções no seu processo de implementação”. (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 199).

De acordo com Fleury (1994), a Seguridade Social diferencia-se de outras políticas como as de educação e habitação, por reunir um conjunto de benefícios, oferecidos de forma monetária ou em espécie; e ainda benefícios em serviços. Ainda segundo a autora, entre os benefícios é incluído seguro: desemprego e contra acidentes de trabalho, assistência médica, aposentadoria, seja por velhice ou invalidez. Pensões em caso de morte, dentre outros.

Segundo o art. 195 da constituição federal de 1988, no que tange a Seguridade Social, o financiamento se dará através de contribuições diretas e indiretas da sociedade. O paragrafo único do art. 194 desta mesma lei, diz que:

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I—universalidade da cobertura e do atendimento; II—uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III—seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV—irredutibilidade do valor dos benefícios; V—equidade na forma de participação no custeio; VI—diversidade da base de financiamento;

VII—caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Fleury (1994), aponta que entre os benefícios oferecidos pela seguridade, a atenção à saúde obtém um destaque. Ora “pelo volume representado no interior das despesas totais do sistema”, ora “pelo seu impacto em termos dos sistemas nacionais de saúde e dá qualidade de vida dos beneficiários.” (p. 168).

Dentre os resultados positivos do SUS, vale destacar o fim da assistência prestada apenas a uma parte da população, como era vigente em tempos anteriores em que apenas os trabalhadores formais, através de contribuição tinham direito ao acesso a um sistema de saúde.

Segundo Noronha; Lima; Machado (2012), quando não for suficiente a oferta de assistência a saúde nas unidades públicas, o SUS poderá recorrer às unidades privadas, desde que essas atendam as normas estabelecidas para o funcionamento, assim como os princípios éticos. Pra tal é necessário que haja uma formalização, que poderá dar-se-á por meio de contrato ou convênio O financiamento para tal provém da União, estados e municípios.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS estão:

Universalidade. Garantia do acesso à saúde de forma universal a todos, independente das condições financeiras, ou da obrigatoriedade de estar inserido formalmente no mercado de trabalho. Questões que eram condicionantes ao acesso a assistência à saúde anteriormente.

Integralidade. No que tange a lei 8080/90, a integralidade está definida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Igualdade. Garantindo que todos tenham acesso à assistência a saúde de forma igualitária, sem discriminação no que tange a cor, raça, religião, gênero. Participação da comunidade através das entidades representativas.

A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p.368).

E a descentralização político-administrativa. Segundo a Lei 8080/90, em seu artº 7 “com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.”

Na assistência a saúde ofertada pelo SUS, há redes de atenção à saúde. Segundo o UNA-SUS (2016), no sistema de Redes de Atenção a Saúde (RAS), todos os níveis de atenção obtém sua importância, visto que o seu objetivo central é que sejam disponibilizados serviços contínuos de atendimento a população. As RAS se fazem importante, pois “os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custo.” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 369).

No que tange os níveis de assistência à saúde, a RAS é composta pelo nível de atenção primária ou de básica complexidade, nível de atenção de média complexidade, e nível de atenção de alta complexidade.

No que se refere à atenção básica, o Ministério aprovou a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), que determina que este nível de atenção seja voltado para a promoção e prevenção no que tange a saúde. A atenção básica é responsável pela comunicação dentro da Rede de Atenção a Saúde. (UNA-SUS, 2016).

A atenção à saúde é considerada como porta de entrada para o SUS, sendo mais acessível aos usuários. Diferente dos outros níveis, este possui baixa tecnologia, porém com atendimento multiprofissional para sanar as demandas da comunidade.

Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade. (BRASIL, 2007, p. 16).

Programas que obtém impactos positivos compõem a atenção básica de saúde, dentre eles, o Programa da Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). O que se pretende dialogar a respeito dessa ênfase

na atenção básica à saúde é justamente a quebra de uma ideia de que o serviço não alcança o objetivo de funcionalidade para com os usuários.

Segundo Mendes (2014), o acesso inicial, ou seja, a porta de entrada para o sistema de saúde deve ser através da atenção básica, e a partir desta o usuário será encaminhado para atendimentos de maior complexidade, se assim necessário. O acesso através desta forma tem se mostrado um mecanismo com resultados positivos. Nos casos emergenciais mais graves, como por exemplo, do Infarto, o primeiro acesso se dá através dos serviços de urgência e emergência.

Ainda de acordo com a autora, através destas duas portas de entrada para o SUS: o Serviço de Atenção Básica e o Serviço de Urgência e Emergência, o usuário poderá ser encaminhado para atendimentos em outros níveis de atenção através da central de regulação⁶. Está é uma forma de garantir um acesso universal ao sistema de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi o ponto crucial da atenção básica, o programa que foi criado em 1994, atualmente recebe o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Há dados de que em 2010 já havia ESF em 95% dos municípios do Brasil. Os Agentes Comunitários de Saúde também estão articulados nos serviços de atenção básica. Os profissionais realizam visitas domiciliares, acompanhando mensalmente a saúde das famílias cadastradas. (MENDES, 2014).

Com os atendimentos ofertados pela atenção básica, esperava-se que diminuíssem as demandas básicas nos prontos-socorros e hospitais, o que não ocorreu, pelo contrário, houve um aumento na procura. A autora faz essa ligação ao fato de que nos hospitais e locais de urgência emergência há mais serviços ofertados como exames, medicamentos, consultas, entre outros, o que pode ser avaliado pelo usuário como um caminho mais hábil a atender as suas demandas.

Atenção à urgência e emergência tem um papel crucial para o SUS, esta deve transitar dentre todos os níveis de atenção. Na Rede de Atenção à Urgência e Emergência está inserido:

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU-192; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h e o conjunto de

⁶ “As centrais de regulação são organizadas por áreas assistenciais... e fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno.” (MENDES, 2014, p. 26)

serviços de urgência 24 horas; Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar. (MENDES, 2014, p. 28-29).

Destes o principal é o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), oferece atendimento necessário e o transporte até a devida rede. O serviço foi criado em pelo Ministério de Saúde em 2003, sob a Portaria nº 1864/GM. A autora trás dados ainda, de que 2.538 municípios contem com os serviços do SAMU.

Há uma dualidade a respeito deste serviço. Ao mesmo tempo em que apresenta pontos positivos com a diminuição de óbitos e redução de sequelas, por outro lado tem em suas problemáticas o atraso na prestação do socorro, que pode ser justificado por indisponibilidade da ambulância ou pelo trânsito. O que pode-se dizer é que em algumas situações, o tempo se torna um fator crucial e cada tempo perdido pode levar ao óbito do paciente. (MENDES, 2014).

3. OS PROCESSOS SAÚDE/DOENÇA E O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INFARTADOS

Este capítulo é construído tendo o objetivo do debate a respeito da epidemiologia dos pacientes infartados, os múltiplos impactos causados pela doença e os meios de atender a esses indivíduos.

Durante muito tempo, foram variadas as definições de saúde para diferentes membros da população, em diferentes conjunturas. Para alguns grupos culturais/religiosos o processo de saúde/doença estava correlacionado a energias ou castigo por algum pecado cometido. Não havia uma definição universal para conceituar o que seria a saúde. Apenas em 1949, as Organizações das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, definem um conceito universal para a saúde, como veremos no decorrer do capítulo, a partir da análise dos autores.

Este capítulo está dividido em três partes. Na primeira, veremos o conceito histórico sobre o processo da saúde e da doença, as diferentes concepções deste processo. E adentraremos na questão dos impactos da desigualdade social para a saúde.

As doenças cardiovasculares, dentre elas o infarto agudo do miocárdio, são uma das doenças que apresentam maiores taxas de mortalidade e morbidade no Brasil. No segundo momento do capítulo traremos debates a respeito deste fato, com dados analisados por autores que dialogam sobre o tema, além de dados do DATASUS, apresentando dados sobre as idades mais acometidas a doença, as regiões do país que há mais notificações de internação e sobre os fatores de risco para as doenças cardíacas.

O capítulo será finalizado com o último item em que será dialogado sobre os desafios sociais e econômicos na vida das pessoas após o infarto e a convivência dos mesmos no ambiente familiar.

3.1 Debates sobre o processo de saúde-doença

São múltiplas as definições de saúde, Sciliar (2007), diz que a saúde e a doença não terão a mesma significância para todos; outras questões têm influência, como período, aspectos socioeconômicos, local, entre outros. E a partir de então, o

autor trás diferentes visões sobre a saúde, no mais diversos períodos históricos, em locais diferentes e com povos de diferentes culturas e religião.

Sobretudo no que tange a religião, em que as manifestações das doenças eram vistas em muitos dos casos como um castigo sobre algum pecado cometido. “Assim, a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou maldição.” (SCILIAR, 2007, p. 30).

Ainda segundo o autor, em outras culturas a doença significava presença de maus espíritos, e a “cura” se dava através de rituais. Já na Grécia, embora houvessem deuses da saúde, a busca pela cura não se limitava apenas a rituais, mas também através da utilização de plantas e métodos naturais. Hipócrates, referenciado como pai da medicina, é tido como uma grande figura de grande importância para essa mudança de panorama em relação à saúde-doença, com debates que se diferencia das perspectivas mágico-religiosa.

...há referências à sua existência em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles. Os vários escritos que lhe são atribuídos, e que formam o *Corpus Hipocraticus*, provavelmente foram o trabalho de várias pessoas, talvez em um período longo de tempo (...) tais escritos traduzem uma visão racional da medicina. Bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. (SCLiar, 2007, p. 32).

Durante muito tempo a definição de saúde permaneceu diferente para cada sociedade e nação. Até que, após a Segunda Guerra Mundial, houve a criação da ONU (Organização das Nações Unidas) e da OMS (Organização Mundial da Saúde), estas passaram a conceituar a saúde de forma universal. Saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.” (SCLiar, 2007, p. 37). Este marco ocorreu em 7 de abril de 1948, data em que passou a ser celebrado o Dia Mundial da Saúde.

Almeida-Filho; Paim (2014), relacionam a questão da saúde e da doença em um contexto da filosofia, pautando que alguns filósofos traçavam debates sobre essa temática em suas obras. Dentre eles, é citado Platão, Aristóteles, Descartes, Kant, Foucault, entre outros.

Estes autores trazem debates sobre as várias dimensões da saúde, das quais faremos uma breve síntese sobre algumas delas aqui.

No que se refere à saúde de forma natural, “a saúde pode ser conceituada como fato, evento, estado, situação, condição ou processo” (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014, p.15). Além de a saúde ser tida como algo natural, está relacionada a ausência de doença. Dentro desta teoria da saúde naturalista há outros determinantes, sendo a saúde como equilíbrio a mais antiga de todas.

“Estado de equilíbrio vital”, da qual Hipócrates fazia relação do estado de saúde a partir do equilíbrio de quatro humores: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, e os elementos ar, fogo, terra e água. Nessa referência, a saúde está relacionada ao equilíbrio, e a presença de doenças significa a falta de tal equilíbrio. Essa teoria persiste em algumas culturas, como é o caso da Ásia.

Na saúde-doença como um processo, é citado por (Almeida-Filho; Paim, 2014), o modelo HND (Histórico Natural da Doença), neste o desenvolvimento da patologia pode estar relacionado a dois elementos: O pré-patogênese:

quando manifestações patológicas ainda não se manifestaram [...] compreende a evolução das inter-relações dinâmicas entre confinantes ecológicos e socioeconômicos-culturais e condições intrínsecas do sujeito, até o estabelecimento de uma configuração de fatores propícia a instalação da doença. (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014, p.18).

Ou seja, está relacionado às causalidades que apresentam impacto para o surgimento da doença. Já o período patogênese é quando tais processos já ocorreram. Com base nesse processo, os autores relacionam ainda a saúde a fatores biológicos e socioculturais. Sendo o primeiro referente a determinantes genéticos, biológicos e/ou ambientais. E no segundo são levados em consideração os elementos sociais e culturais, como o próprio termo o designa, além destes os elementos psicológicos. Desigualdades sociais, determinantes socioculturais e psíquicos, têm grandes impactos para o surgimento de algumas doenças.

Para Barata (2009), é importante o debate a respeito da desigualdade social na saúde, visto que os impactos que podem desencadear o surgimento de doenças ultrapassam aos aspectos biológicos isoladamente. Há diferentes opiniões a respeito de uma maior ou menor importância dada a saúde como direito.

Sobre isso, no que tange as posições políticas, a autora faz um comparativo da importância dada pelos políticos dos países da Europa, que em sua maioria apostam que se deve buscar a equidade na saúde, reduzindo assim as

desigualdades sociais para a mesma. Em contrapartida, os governantes norte-americanos se opõem a esta ideia. “Na perspectiva deles, o direito à saúde é algo intrinsecamente relacionado com as capacidades individuais, estilos de comportamentos e possibilidade de pagar pelos serviços apropriados.” (BARATA, 2009, p. 12).

A autora cita quatro teorias que contribuem para a compreensão sobre as desigualdades sociais na saúde, e desencadeamento de doenças. A primeira delas é a teoria “estruturalista ou materialista”. A teoria bate na questão de como a insuficiência econômica tem impacto na garantia deste item básico que é a saúde. Para dar suporte a esta teoria, o autor trás o comparativo de variáveis da perspectiva de vida e do PIB (Produto Interno Bruto) per capita de dois países: Suécia e Angola.

A Suécia apresentando o PIB de 42 mil dólares consegue atingir os 80 anos de perspectiva de vida; enquanto a Angola, que tem o PIB de 2.800 dólares, alcança apenas 40 anos no que diz respeito à perspectiva de vida a população. Podemos verificar, portanto neste caso, o quanto a diferença da perspectiva de vida está diretamente relacionada à economia dos países.

A segunda teoria citada pela autora é a privação relativa, o ponto crucial de tal teoria para o desencadeamento da doença é a desvantagem social. Neste caso:

predomina a privação relativa, ou seja, uma vez ultrapassado o limiar de atendimento das necessidades básicas, as diferenças relativas entre os grupos sociais no interior de cada população passam a ser um determinante fundamental, com os países mais igualitários desfrutando de melhores níveis de saúde do que aqueles onde existe maior desigualdade. (BARATA, 2009, p. 17).

Ainda nesta mesma linha de exemplos, Barata (2009), trás os dados de Cuba e dos Estados Unidos, em que a perspectiva de vida é a mesma para ambos, 77 anos. No entanto, o PIB dos Estados Unidos totaliza 43.562 dólares, enquanto que o de Cuba chega a ser dez vezes menor. Outra análise a respeito dessa teoria é que nem sempre um alto PIB significará uma alta esperança nas perspectivas de vida.

Para fundamentar isso, a autora utiliza o exemplo do PIB de Cuba e da África do Sul, este último possui um PIB superior ao de Cuba, 5.133 dólares, no entanto a perspectiva de vida nesse país chega apenas a 49 anos. Um reflexo das desigualdades históricas na África do Sul.

A terceira teoria citada por Barata (2009), é a da determinação social do processo saúde-doença. A teoria faz uma análise da produção do sistema capitalista e de como a mesma se expressa em cada sociedade dentro de suas particularidades. A hierarquia das classes sociais e a reprodução social são as mais impactantes na análise dessa teoria. “Nessa abordagem o problema deixa de ser tratado como uma questão de pobreza absoluta ou relativa e passa a ser visto da perspectiva da inclusão ou exclusão social.” (BARATA, 2009, p. 18).

E por último, a teoria psicossocial. Para tal teoria, os aspectos biológicos, sociais e psíquicos devem agir coletivamente neste contexto e não de forma isolada como debatido por outras análises a respeito do processo de saúde-doença. (Barata, 2009).

3.2 A epidemiologia da doença

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) podem atingir pessoas de toda a sociedade, no entanto está mais propícia para as pessoas com maiores vulnerabilidades: idosos, pessoas de baixa renda e as com pouca escolaridade. Em países de baixa e média renda, as mortes por DCNT chegam a 80% dos casos, dentre estes 29% são pessoas com idade inferior a 60 anos. Nos países com alta renda estes casos chegam a 13%. (MALTA et al., 2014).

Ainda segundo Malta et al. (2014), 72% das mortes no Brasil são por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, sendo pontuadas com maior destaque as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes.

Para Siviero; Scatena; Costa Jr (2005), as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de mortes e morbidade. Eles pontuam que por volta do final do século XVIII, mudanças no perfil epidemiológico da população dos países considerados desenvolvidos ocasionaram a propagação de impactos à população referente às doenças crônicas-degenerativas, que passaram a ser responsáveis pelas altas taxas de mortalidade e morbidade.

Ainda segundo os autores, no Brasil foi possível verificar tal situação a partir de 1940, período marcado pelas ações de vacinas e exploração de tecnologias médicas com finalidades de tratamento das doenças infecciosas. Com o sucesso de

tais objetivos alcançados se tornou possível uma maior perspectiva de vida para a população.

Com essa maior expectativa de vida, houve também mais exposição da população aos fatores de risco relacionados à coronariopatia, ao mesmo tempo em que eram eliminadas as doenças que com ela competiam quanto ao risco de morte, levando-a a ocupar os primeiros lugares em causa de óbito no país. (SIVIERO; SCATENA; COSTA JR, 2005, p. 319-320).

Siviero; Scatena; Costa Jr (2005), trazem dados em que as doenças cardiovasculares representam 45% das mortes no Brasil.

Para Santos et al. (2008), as doenças cardiovasculares, dentre elas o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)⁷, são um problema de saúde pública. Estas apresentam grandes números de mortalidade e incidência. Os autores trazem ainda, dados da taxa de mortalidade no Brasil por estas causas, que chega a 183,3/100.000, e está entre as maiores taxas de mortalidade do mundo.

Uma grande parte dos brasileiros sofre das doenças cardiovasculares, tendo destaque entre elas o Infarto Agudo do Miocárdio, sendo este responsável pelas principais taxas de mortalidade por doenças cardíacas em 2013 no país. As doenças cardiovasculares totalizaram em 2009, 29% dos óbitos no Brasil, o que colocou a doença entre as três maiores causas de internações no SUS, chegando a totalizar um número superior a um milhão de internações. (MEDEIROS et al., 2018).

Ainda segundo as autoras, o IAM é uma doença que não atinge apenas as pessoas idosas, mas também aos adultos jovens. Elas trazem os maus hábitos alimentares como uma das causas para que a doença venha atingindo pessoas jovens.

Para Santos et al. (2008), a obesidade, o consumo de carnes com alto nível de gordura, álcool, tabagismo e o sedentarismo, são alguns dos fatores que juntamente com as desigualdades sociais, econômicas e as dificuldades no acesso a saúde, acabam impactando para a presente realidade a respeito da doença.

Nas últimas décadas, foram implementadas a Política Nacional de Promoção à Saúde e o Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão e do Diabetes (HIPERDIA) com vistas a reduzir a

⁷ “Evento no qual ocorre a oclusão de uma ou mais artérias coronarianas, podendo evoluir para necrose de uma porção do músculo cardíaco.” (BUSSOLETTO, 2012, p. 4-5).

morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. Contudo, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, entre elas o IAM, ainda permanecem altas quando comparadas às taxas de países desenvolvidos. (SANTOS et al., 2008, p. 1622).

Medeiros et al. (2018), salientam sobre a importância do atendimento rápido e eficiente aos pacientes infartados. Este ponto se torna importante visto que na maioria dos casos em que ocorre o óbito, este se dá durante a primeira hora de manifestação dos sintomas. A procura imediata é um fator importante também para que seja proporcionada uma melhor qualidade de vida após o infarto. (REIS, 2012).

Para Sousa; Oliveira (2005), a dor no peito é o sintoma que mais caracteriza o infarto agudo do miocárdio. Assim que confirmada a doença, o paciente é levado para UTI (Unidade de Tratamento Intensiva) ou a uma UC (Unidade Coronária).

A respeito do diagnóstico da doença, este se dá por meio do Eletrocardiograma (ECG), cateterismo⁸, história clínica, dentre outros. Os tratamentos variam de menos à mais invasivos, a depender do nível de obstrução. (MEDEIROS et al., 2018).

Segundo dados coletados no DATASUS, como mostra na Figura 1, em 2012 foram computadas 242.858 internações por doenças isquêmicas do coração. Dentre estas internações, os maiores números representam as pessoas do sexo masculino com 146.168 dos casos, enquanto as internações para os pacientes do sexo feminino representam o número de 96.690 dos casos. Essa maior prevalência dos casos acometidos aos pacientes do sexo masculino também é visível em cada região.

De acordo com Mendes (2014), o IAM é uma doença que atinge tanto aos homens quanto as mulheres, do qual os homens são mais propícios a apresentar a doença, no entanto no que diz respeito aos riscos de óbito, o número se torna maior entre as mulheres. Referente a isso há uma projeção de que em 2050 os casos de óbito por infarto sejam 30% maior entre as mulheres.

Ao avaliarmos os dados por região geográfica é possível verificar que a região com maior número de internações é a região Sudeste com 118.077, seguida da região Sul com 61.799 dos casos, a região Nordeste ocupa a terceira posição com 39.925 dos casos de internações, em seguida a região Centro-Oeste com 15.965 e

⁸ Cateterismo: “exame percutâneo que detecta localização e gravidade obstrutiva nas artérias do coração.” (MEDEIROS ET AL, 2018, p. 567).

por fim a região Norte com 7.092 dos casos de internações por doenças isquêmicas do coração.

Figura 1 – Internações por doenças isquêmicas do coração por Região e Sexo, no ano de 2012.

Região	Masculino	Feminino	Total
Região Norte	4.671	2.421	7.092
Região Nordeste	22.751	17.174	39.925
Região Sudeste	72.698	45.379	118.077
Região Sul	36.490	25.309	61.799
Região Centro-Oeste	9.558	6.407	15.965
Total	146.168	96.690	242.858

Fonte: Datasus

Para distinguirmos a faixa etária do público internado por doenças isquêmicas do coração, foi feito um recorte de idade, dando enfoque aos casos com idade a partir de 30 anos a mais de 70, como mostra a figura 2. Nesta podemos observar que os casos de internamento são maiores para os pacientes como faixa etária entre 60 a 69 anos, seguida daqueles que possuem idade a partir de 70 anos. Os pacientes que possuem idade entre 40 a 49 anos estão entre o terceiro maior nas internações, em quarto, os pacientes com idades entre 30 a 39 anos, e por ultimo as demais idades.⁹

Figura 2 – Internações por doenças isquêmicas do coração por Faixa etária, no ano de 2012.

Faixa etária	Internações por doenças isquêmicas do coração
30 a 39 anos	6.868
40 a 49 anos	28.463
50 a 59 anos	65.334
60 a 69 anos	72.571
70 anos e mais	67.377
Demais idades	2.245
Total	242.858

Fonte: Datasus

⁹ Soma das internações de paciente com faixa etária menor de um ano de idade a 29 anos. Menores de um ano totalizam 144 casos, a faixa etária de 1 a 4 anos totaliza 37 casos registrados. De 5 a 9 anos de idade, 36 casos. Na idade entre 10 a 19 anos, há 381 casos registrados. E de 20 a 29 anos 1.647 casos.

No que se refere a dados de mortalidade pelo infarto agudo do miocárdio, foi verificado no Datasus, que houveram 92.657 óbitos decorrentes de tal doença no Brasil.

Mendes (2014), diz que os atendimentos para a doença são oferecidos na rede pública de saúde, porém há fatores que podem dificultar o acesso do paciente em tempo hábil. Dentre eles a organização e disponibilidade da própria rede do sistema de saúde, a dificuldade em acessar serviços de maior complexidade como os hospitais. Fazendo inclusive, com que as taxas de óbitos por IAM sejam maiores nos hospitais públicos.

Apesar do sistema de saúde brasileiro ser dito universal, parece não garantir ao usuário com IAM acesso ao atendimento adequado (...) Alguns estados brasileiros apresentam alta taxa de mortalidade por doença isquêmica do coração, por conta da falta de oferta de leitos do SUS. (MENDES, 2014, p. 18).

Ainda segundo a autora, as admissões aos hospitais do SUS se dão através da central estadual de regulação, os primeiros atendimentos para os infartados dar-se-ão através de um serviço de emergência. Por isso faz-se importante a articulação entre a rede.

Mendes (2011), diz que como forma de melhor atender as demandas dos pacientes acometidos as doenças cardiovasculares, foi aprovada em 2011 a Linha de Cuidado do IAM, que é uma estratégia prioritária da Rede de Atenção as Urgências no SUS. A aprovação desta linha de cuidado se deu pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011.

Através desta, foi possível implementar redes de cuidado aos pacientes infartados nas regiões metropolitanas do Brasil. No entanto, ainda encontra-se em processo inicial em algumas cidades, e embora já tenham estudos que transcrevam pontos positivos nas cidades de Salvador/BA, São Paulo/SP e Belo Horizonte/MG, é necessário que o SUS garanta a sua eficácia e aprimoramento. (MENDES, 2011).

3.3 Desafios sociais e econômicos enfrentados pelos infartados

Sousa; Oliveira (2005), dizem que o estresse diário ocasionado pelas mais diversas situações do dia-a-dia, como as financeiras, violência, o peso de se ter

responsabilidades, entre outras, estão presente no cotidiano das pessoas. Esses fatores relacionados ao estresse e demais fatores como sedentarismo, má alimentação e tabagismo podem ocasionar o surgimento de doenças cardiovasculares.

Bussoletto (2012), relaciona também o ambiente competitivo que vem se tornando a cada vez mais o mercado de trabalho, com grandes exigências e a busca constante pela perfeição, como umas das causas pela qual as doenças cardiovasculares crescem continuamente.

Segundo Sousa; Oliveira (2005), estas doenças são propicias a pessoas de todas as idades, inclusive no período ativo das suas vidas e podem trazer-lhes impactos físicos, psíquicos e mexer com as suas emoções. Para Dal Boni (2013), as doenças crônicas impactam negativamente na qualidade de vida de quem sofre delas, provocando inclusive mudanças econômicas devido ao tratamento contínuo e o controle que se faz necessário após o evento destas doenças.

O órgão do coração além de carregar significados emocionais, arremete também ser um órgão de extrema importância, é assim tratado desde o surgimento da medicina. Filósofos como Hipócrates e Aristóteles retratavam o coração como um órgão fundamental para se manter a vida, e portanto, este não poderia ser atingido por doenças. (SOUSA; OLIVEIRA, 2005).

Partindo desta importância que é atribuído ao coração, após o evento do infarto, o paciente trás consigo medos e incertezas, sendo ele da morte ou de ter um novo ataque da doença.

[...] o coração é um órgão vital, centro motor da circulação do sangue e a suposta sede da sensibilidade moral, das paixões, sentimentos, amor e afeto. Por tais motivos, essa doença assume repercussões sentimentais de proporções não mensuráveis, e ganha destaque dentre as demais enfermidades, pois além de súbita e inesperada, abala e modifica profundamente a vida. (SOUSA; OLIVEIRA, 2005, p. 75).

Preocupações financeiras também atingem as pessoas após o período do infarto, sobretudo quando se trata da incerteza de retornar ao trabalho e provê as despesas da família (SOUSA; OLIVEIRA, 2005). A doença gera grandes despesas ao individuo e as pessoas do seu ciclo familiar. (PÖTTER GARCIA, 2013). Despesas

relacionadas ao uso de medicamentos e assistência contínua, assim como a necessidade se obter procedimentos complexos. (LEMOS, 2003).

De acordo com Dal Boni, (2013), o aumento contínuo das doenças cardiovasculares vem acarretando grandes custos a Previdência, devido às licenças e aposentadorias precoces que são ofertadas. O IAM e o acidente vascular cerebral são patologias que representam 40 % dessas aposentadorias precoces. Isso porque quando não há um resultado fatal que leva ao óbito, em grandes partes dos casos há invalidez total ou parcial, “com grandes repercussões para este, sua família e sociedade.” (DAL BONI, 2013, p. 40).

Devido a tais aumentos e dos impactos acometidos ao público atingido por estas doenças, é de essencial importância que sejam medidas voltadas a prevenção, tratamento e a reabilitação, e que estas se deem por meio de inovações das políticas públicas.

Segundo Pötter Garcia (2013), o período que se sucede ao evento do infarto gera desafios ao indivíduo; desafios esses que estão relacionados a mudanças de vida. Alterações na rotina, mudança de alimentação e uso de medicações contínuas. As pessoas passam perceber aspectos que tornam as suas vidas limitadas, situações até então inéditas.

A convivência e a dinâmica familiar também sofrem alterações. Na maioria dos casos é a família que acompanha as adaptações e todo o processo de controle da doença, ajudando o indivíduo a reinserir-se de forma gradual na rotina. Amigos e vizinhos também podem contribuir nesse apoio ofertado ao infartado. A autora salienta ainda sobre os múltiplos arranjos que definem família na atualidade, fugindo de padrões homogêneos. Portanto, cada família irá atuar dentro da sua singularidade neste processo de adoecimento do infartado.

A partir de um estudo realizado, Pötter Garcia (2013), diz ainda sobre como a prática do cuidado que a família tem para com o indivíduo apresenta um aspecto cultural. E de que além da proteção, a família pode apresentar também práticas autoritárias e impositivas, como forma de proteger o mesmo.

4. ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR MANGABEIRA – BA

Esse capítulo apresenta-se com o objetivo de análise das políticas públicas direcionada aos pacientes acometidos as doenças cardiovasculares, em especial aos pacientes infartados, que é o público central de debate do presente trabalho.

Faz-se importante traçarmos o perfil do município, com fatos desde a sua origem até os momentos mais recentes e através dos aspectos relacionados à educação, pobreza, renda, para que seja possível a compreensão das particularidades da população, visto que esses são também pontos condicionantes para saúde.

Governador Mangabeira é um município localizado no Recôncavo Baiano, em 2010 possuía 19.818 habitantes, segundo o censo do IBGE. O município emancipou-se em 1962, anteriormente a este período pertencia a Muritiba, e recebia o nome de Vila de Cabeças.

Desta forma o capítulo encontra-se dividido em três tópicos. No primeiro apresenta-se o perfil histórico e social do município, dados da população, pirâmide etária, renda e a evolução nos níveis de escolaridade. No segundo item é transcrito sucintamente a ação da assistência social ofertada à população pelo município, detalhando as atividades desenvolvidas.

Na ultima parte do capítulo, é debatido as particularidades da saúde no município, adentrando a epidemiologia da população acometida as doenças cardiovasculares através de dados e as unidades que atendem as mesmas.

4.1 Perfil histórico e social do município

Castro (2012), classifica Governador Mangabeira como uma cidade pequena, se considerada a hierarquia urbana do país, pontuando os fatores socioeconômicos, político-administrativo e cultural. As cidades de Cruz das Almas, Feira de Santana e Salvador, possuem um peso de influência para Governador Mangabeira.

Ainda segundo o autor, o município, que se encontra situado no Recôncavo Baiano, foi emancipado em 1962. Antes desse período Governador Mangabeira pertencia a Muritiba e levava o nome de Vila de Cabeças. De acordo com Silvia

(2012), neste período Cabeças era controlada pela paróquia da região, a Paróquia de São Pedro de Muritiba.

O município sempre teve em suas atividades a agricultura e durante muito tempo esteve entre os grandes produtores de fumo, sendo essa uma das atividades produtivas presentes também em outros municípios do Recôncavo Baiano. Inclusive, foi através do fumo que se deu início as construções nas localizações urbanas, como os armazéns. (CASTRO, 2012).

O beneficiamento do tabaco transformou a Vila de Cabeças em um centro urbano de prestígio no Recôncavo Baiano [...] Em função deste desenvolvimento econômico, em 1959, o governo do Estado decidiu pelo funcionamento da coletoria de impostos na própria Vila. (SILVA, 2012, p. 41).

Ainda de acordo com o autor, o seu desenvolvimento econômico e a sua autonomia fiscal foi um dos fatores de importância para a sua emancipação. Essa luta pela emancipação se deu através da influência de líderes intelectuais da localidade e de reivindicações sociais da população.

No município não há centro histórico, assim como não há nenhum fato histórico eventual que caracterize a identidade da cidade, como Cruz das Almas que é conhecida pela tradicional guerra de espadas. O município tem como atrativo a festa cívica de Dois de julho, período em que nota-se um maior fluxo de pessoas na cidade. (CASTRO, 2012).

Governador Mangabeira encontra-se localizada no Recôncavo Sul, com uma distância de 132 km da capital do Estado, Salvador ¹⁰. “Trata-se de uma cidade relativamente próxima à capital do estado (considerando-se a dimensão territorial da Bahia).” (CASTRO, 2012, p. 24).

O município possui uma área de 105 km², seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010 totaliza 0,643, o que classifica o município com um IDHM médio. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil).

Segundo dados do IBGE, no censo de 2010 foram computados uma população de 19.818 habitantes em Governador Mangabeira. Sendo 9.497 pessoas do sexo masculino e 10.321 pessoas do sexo feminino. Podemos ver, portanto, que embora seja uma diferença pequena, a predominância é de mulheres habitantes no

¹⁰ Informação obtida no site de Tribunal de Contas dos Municípios Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.tcm.ba.gov.br/municipio-post/governador-mangabeira/>

município. Da população residente, 11.725 estão declaradas como pardas, 6.219 pretas, 1.674 brancas, 192 amarelas, 8 indígenas.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, houve um aumento de expectativa de vida da população, a taxa de envelhecimento, que corresponde a população com 60 anos ou mais, no ano 2000 chegava a 6,42%, já em 2010 essa taxa cresceu para 7,58%. Na figura a seguir é possível notar, através da pirâmide etária as proporções relacionadas à idade e sexo no ano de 2010. Segundo o IBGE, a estimativa para esse ano de 2019 é que o número da população seja de 20.722 habitantes.

Figura 3 – Pirâmide etária por distribuição de sexo e idade.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Destes habitantes predomina aqueles que residem na zona rural, totalizando 12.401 habitantes, já na zona urbana este número chega a 7.417 habitantes. Quanto à nacionalidade, 14.480 dos residentes do município são de naturalidade de Governador Mangabeira, enquanto que 5.339 são naturais de outras cidades/municípios.

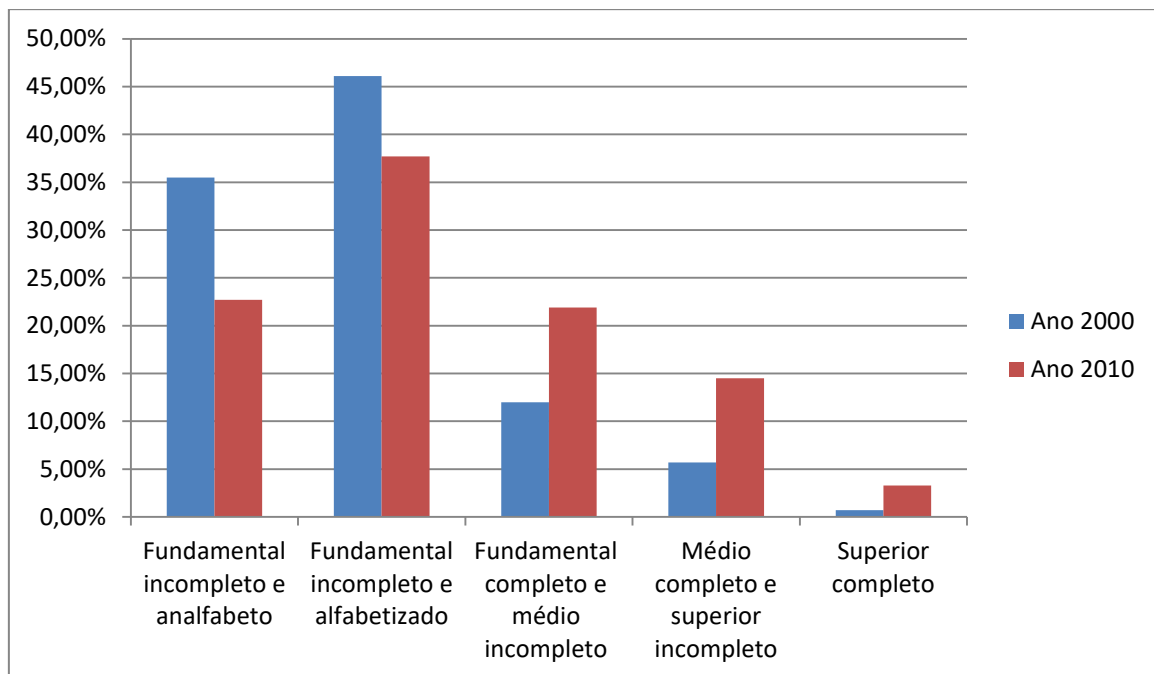
Os dados de 2017 do IBGE apontam que a renda dos habitantes de Governador Mangabeira é em média 1,6 salários mínimos, e que a população em ocupação totaliza 2.820, o que corresponde a 13,1% da população. Entre os que estão em status de ocupados assalariados, o número chega 2.584 pessoas. O PIB per capita da região do ano de 2016 é de R\$: 12.741,64.

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a partir dos dados de 2010, a maior parte dos ocupados está no setor de agropecuário, que representa 51%, seguido do setor de serviços com 25,54%, setor construção com 8,53%, comercio representando 8,32%, indústria da transformação totaliza uma taxa de 3,55% e por seguinte os setores de utilidade pública com 0,42%.

Podemos notar, portanto que a atividade predominante no município é a agropecuária, que segundo o IBGE, no ano de 2017 este setor foi responsável pela ocupação de 6.509 da população do município.

Houve uma queda na taxa de analfabetismo da população mangabeirense. Em 2000, o analfabetismo estava entre 25,3% dos habitantes com 15 anos ou mais, em 2010, essa taxa subtraiu-se para 17,5% (IBGE). Importante trazeremos aqui também, uma análise dos desenvolvimentos nos demais níveis de escolaridade da população com 25 anos ou mais, como mostra na figura 4, a partir dos dados coletados no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil:

Figura 4 – Evolução do nível de escolaridade da população da população de 25 anos ou mais nos anos de 2000 a 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

A partir do gráfico temos os seguintes resultados: O nível de escolaridade Fundamental incompleto e analfabeto passou de 35,5% para 22,7%. Fundamental incompleto e alfabetizado passou de 46,1% para 37,7%. Fundamental completo e

médio incompleto teve um acréscimo de 12% para 21,9%. Acréscimo ocorreu também no nível Médio completo e superior incompleto, de 5,7% para 14,5%. E o nível superior completo de 0,7% para 3,3%.

Temos como resultado das análise destes dados que na proporção que um nível de escolaridade foi diminuindo, como é o caso da taxa de fundamental incompleto e analfabeto, e fundamental incompleto e alfabetizado, os demais tiveram acréscimos. Em relação ao nível superior, ainda que vejamos acréscimos é um número ainda tímido direcionado a população.

No que se refere à religião, a predominância é a religião católica, que ainda segundo o IBGE abrange 15.512 dos habitantes, seguida da religião evangélica que acolhe a 2.175 habitantes. Além dessas, outras religiões também se fazem presentes no município, como as religiões de matriz africana (umbanda e candomblé), espíritas, e há ainda pessoas que não se identificam com nenhuma religião.

Houve uma queda na taxa de mortalidade infantil, que em 2000 atingia os seu 32,89%, chegou a 2010 como 26,60%. A taxa de maternidade entre meninas adolescentes com idades entre 10 a 17 anos cresceu, em 2000 totalizava a 0,94% e passou para 3,53% no ano de 2010. Os vulneráveis a pobreza representavam em 2000 uma porcentagem de 81,03% da população e passou para 61,65% em 2010. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil).

Nos últimos anos houve uma queda no número de filhos por casais, no passado encontravam-se casais com cinco a dez filhos. (Castro, 2012). Podemos ver essa queda ao analisarmos as taxas de fecundidade do município, que em 1991 era de 4,4% e em 2010 passou para 1,9%. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil).

4.2 A assistência no município

A saúde é uma política que não age sozinha, ela se articula com as demais políticas. Juntamente com a previdência e a assistência ela compõe a Seguridade Social. Portanto faz-se importante avaliarmos suscintamente as demais políticas de proteção social existentes no município e de que maneira elas agem.

O Conselho Municipal de Assistencial Social de Governador Mangabeira foi criado em 2002. Este é de caráter consultivo, deliberativo, normativo e fiscalizador. (IBGE)

Ainda segundo o IBGE, as unidades físicas em que são realizados serviços socioassistenciais no município são o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Há uma unidade de ambos para atender a todo o município. Os serviços de proteção básicas realizados são o de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF), Serviço de convivência para crianças de zero ano a jovens de 17 anos, assim como para idosos.

No que se refere aos serviços de proteção social especial, este se dão na média complexidade com os seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos (PAEFI), que é realizado no CREAS, Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e liberdade assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade.

Entre as atividades realizadas para execução de serviços socioassistenciais são descritas: Orientação sociofamiliar, Ações e orientação em situação de negligência, abandono e maus tratos. Acompanhamento sistemático de famílias em situação de violação de direitos, Atividades relacionadas à documentação pessoal, Estudo social, Diagnóstico do território, Utilização de prontuários para registro de atendimento, Plano individual e/ou familiar de atendimento, Cadastramento socioeconômico, Gestão de benefícios, Busca ativa, Desenvolvimento de atividades promotoras do convívio familiar grupal, social e comunitário. Visita domiciliar a família, Mobilização e fortalecimento de redes sociais, Encaminhamentos a outras políticas sociais, como a da saúde, educação, habitação, trabalho, entre outras. Encaminhamento entre serviços socioassistenciais, Informação, comunicação e defesa de direitos, e Disseminação de orientação e materiais informativos. (IBGE).

Entre o rol de grupos específicos é prestado atendimentos assistenciais a população da agricultura familiar e a população cigana.

São desenvolvidas ações relativas ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), algumas delas voltadas ao encaminhamento, cadastramento e acompanhamento da concessão do benefício. Orientação ao público beneficiário sobre tais direitos, assim como o procedimento para acessá-los.

4.3 A saúde no município

Como visto nos tópicos anteriores, houve um aumento na taxa de envelhecimento do município, assim como uma queda na taxa de mortalidade infantil. Esses fatores são reflexos da perspectiva de vida na região. No município de Governador Mangabeira há Secretaria Municipal de Saúde, assim como a realização das Conferências Municipais de Saúde, a última ocorreu no ano de 2017. São realizados serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de endemias. (IBGE).

Segundo o Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia¹¹, os gastos em saúde de Governador Mangabeira em 2018 foram de R\$: 3.945.807,76. Esse gasto para o ano de 2019 contabiliza de janeiro até o mês de outubro um valor de R\$: 3.163.968,34.

Ao analisarmos os dados da saúde no município, no item morbidade, foram verificados os óbitos segundo suas causas, e comparado os números referentes a cada um. Houve no total de 144 óbitos por morbidades, como descritas na figura a seguir:

Figura 5 – Causas dos óbitos em Governador Mangabeira no ano de 2017.

ÓBITOS EM 2017	
CAUSAS	NÚMEROS
Algumas doenças infecciosas e parasitas	6
Neoplasma (Tumores)	21
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	21
Transtornos mentais e comportamentais	3
Doenças do sistema nervoso	1
Doenças do aparelho circulatório	32
Doenças do aparelho respiratório	8
Doenças do aparelho digestivo	5
Doenças do aparelho geniturinário	1
Algumas afecções originadas no período perinatal	3

¹¹ Disponível em: www.tcm.ba.gov.br/municipio-post/governador-mangabeira/

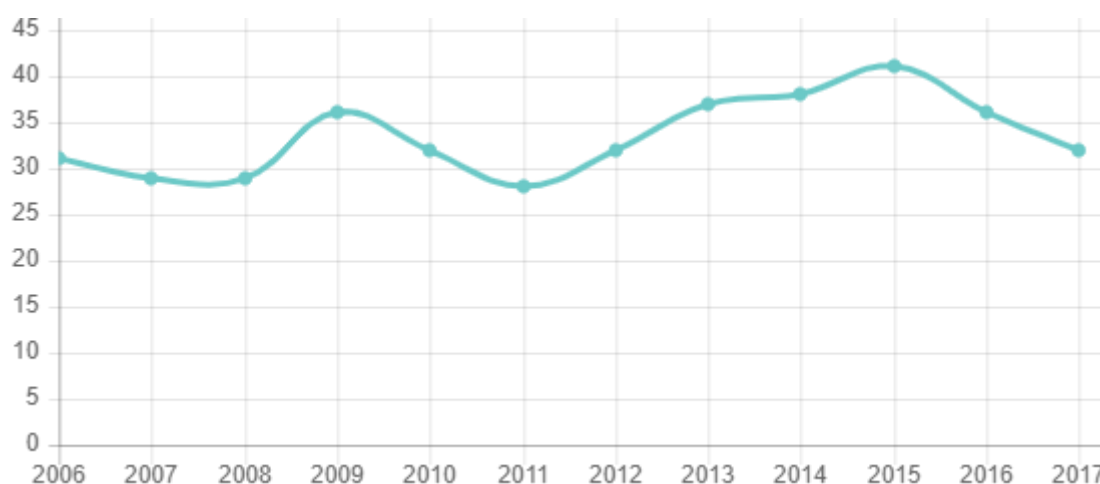
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	16
Causas externas de morbidade e mortalidade	26
TOTAL	144

Fonte: IBGE

Pode-se notar através da descrição de cada causa, que os óbitos por doenças do aparelho circulatório estão entre as causas que mais ocasionam mortes em Governador Mangabeira, totalizando 32 mortes.

Na figura 6 a seguir, podemos verificar um mapeamento com a prevalência de óbitos por doenças do aparelho circulatório nos últimos anos (2006 a 2017)¹². A totalidade dos casos em cada ano demonstrado varia entre 29 a 41 casos.

Figura 6 – Histórico de casos de óbitos por doenças do aparelho circulatório em Governador Mangabeira – 2006 a 2017.

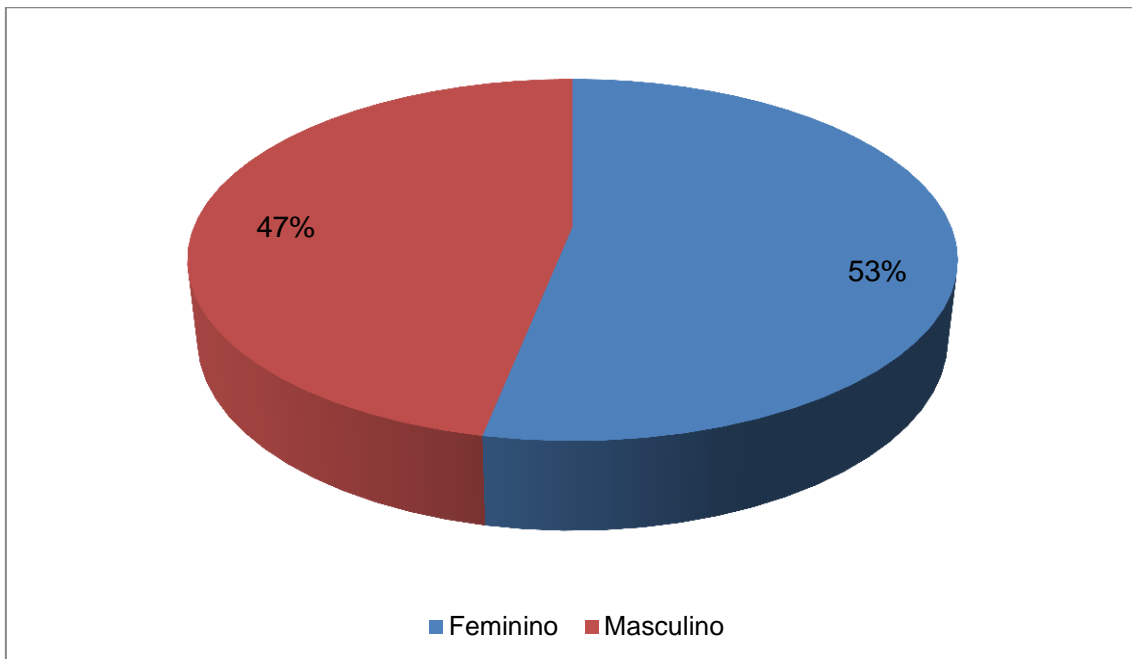


Fonte: IBGE

Dentre os óbitos ocasionados pelas doenças do aparelho circulatório, os maiores números estão entre as pessoas do sexo feminino que totalizam 17 óbitos (53% dos casos), enquanto a do sexo masculino chega a 15 óbitos (47%), como segue na figura 7.

¹² Em 2006 foram registrados 31 óbitos recorrentes as doenças do aparelho circulatório, nos anos de 2007 e 2009 esse número se manteve em 29. Em 2009 houve um acréscimo que totalizou 36 casos. No ano seguinte foram notificados 32, seguido de 28 casos no ano de 2011. Em 2012 foram 32 óbitos pela doença. Em 2013 foram totalizados 27 casos. Em 2014, 38. O ano de 2015 foi o que houve mais casos registrados entre o intervalo de anos descritos, foram 41 casos. Em 2016 esse número diminuiu chegando a 36, e em 2017 houveram 32 óbitos.

Figura 7 – Óbitos por doenças do aparelho circulatório em Governador Mangabeira em 2017 – Por sexo.



Fonte: IBGE.

Essa prevalência de óbitos entre as mulheres compara-se a afirmação de Mendes (2014), que relaciona os maiores casos de óbitos de IAM para as mulheres. E na afirmação de Bussoletto (2012), ao trazer o gênero como um fator de risco para as doenças cardiovasculares, a mesma diz que esse risco entre as mulheres torna-se mais intenso no período após a menopausa, sobretudo devido a alteração de hormônios.

Uma das doenças do aparelho circulatório é justamente o infarto agudo do miocárdio, e o que se refere a esta doença em sua particularidade, há indicativos que houveram 3 óbitos no ano de 2017 no município de Governador Mangabeira, sendo que 2 deles atingiram mulheres. (Datusus).

Dos serviços de saúde com atendimentos ofertados pelo SUS no município, há as unidades básicas de saúde com o Programa de Saúde da Família. No total são 9 unidades básicas de saúde com localizações entre a zona rural e urbana de Governador Mangabeira. Entre os profissionais, no total há 14 auxiliar/técnicos de enfermagem, 9 enfermeiros e 10 médicos. No município há também o Programa de agentes comunitários de saúde e o município conta com uma totalidade de 51 agentes comunitários. (IBGE).

Há um pronto socorro, que tem seu funcionamento 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados. A unidade é caracteriza-se como nível de atenção básica e de média complexidade. Esta possui atividade ambulatorial e realiza também atendimento de urgência e emergência, estabilizando o paciente em estado crítico, além de regulação. Não há leitos nessa unidade para internamento, portanto em casos que haja necessidade de internação, esta se dará através da transferência para outra unidade a partir da Central de Regulação. (CNES).

O município dispõe também de 3 Eletrocardiógrafos a disposição através do SUS¹³, esse é o aparelho que realiza o exame denominado eletrocardiograma. Redistribuídos na policlínica da cidade, no pronto-socorro e em uma das unidades básicas de saúde. Como citado no capítulo anterior, o eletrocardiograma é um dos meios pelo qual é realizado o diagnóstico do infarto.

O município conta também com um Centro de Abastecimento Farmacêutico, um Centro de Atendimento Psicossocial e um posto de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Como vimos no capítulo 1, o SAMU é um dos principais serviços da Rede de Atenção a Urgência e Emergência, oferece o suporte necessário e transporta o paciente até uma unidade de atendimento de saúde, caso seja preciso. Além dos serviços já citados, o município oferece também atendimentos odontológicos.

Desta forma, pode-se observar através dos dados sobre a população ocasionadas as doenças interligadas ao coração, embora apareça relativamente pequena, é um número significativo, se levado em consideração o tamanho e proporção do município e a incidência desta doença de forma geral. Foi possível analisar, inclusive que nas últimas décadas não houveram quedas expressivas do número dos óbitos desta patologia, a média se mantém

A respeito da assistência a saúde ofertada pelo município, pode-se notar que a mesma é disponibilizada majoritariamente através da atenção básica, porta de entrada para o SUS, e em apenas uma unidade é ofertado atendimento de média complexidade, sendo esta a única no município a proporcionar o atendimento em questão 24 horas por dia.

O fato de haver apenas esta unidade para atendimentos de média complexidade pode vir a ser uma problemática, levando em consideração ao que

¹³ Além desses três aparelhos, há mais um que é utilizado para atendimento em um estabelecimento de rede privada.

foi exposto no capítulo anterior, ao ser apresentado que o tempo e a acessibilidade para os primeiros atendimentos se tornam cruciais para a sobrevivência após o infarto e para que sejam evitados maiores sequelas e conseqüentemente impactos na vida do indivíduo após o evento.

O nível de assistência que prevalece no município é a de atenção básica, que pode se caracterizar como meios pelo qual o indivíduo após o infarto possua assistência para o controle da doença, fazendo pequenos procedimentos rotineiros como controle de outros fatores de risco que poderia vir a acosaionar um novo evento.

No entanto vale salientar que no que diz respeito aos aparelhos específicos para avaliação da população, são poucos os aparelhos disponibilizados, no caso do aparelho para exame do eletrocardiograma, são ofertados pela rede pública de saúde apenas três desses aparelhos. Não há maiores tecnologias disponibilizadas, assim como não há também registros sobre haver ações educacionais voltados para esta população. Portanto analisamos que a assistência a saúde ofertada ao público de estudo ainda é pouca se levado em consideração tais complexidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi construído de forma alcançar o objetivo central do estudo, sendo este de compreender os impactos socioeconômicos sofridos pelos infartados.

Para tanto, se fez necessário inicialmente uma ampla abordagem sobre as políticas de saúde dentro do seu contexto histórico, para se compreender acima de tudo que quando se fala em saúde, esta não se restringe apenas a fatores biológicos, mas sim a um direito que foi conquistado pela população brasileira a partir de uma grande caminhada dentro de tal contexto histórico.

Para se compreender todo este processo, foi dialogado primeiramente sobre o início da proteção social brasileira que se deu mais ativamente como intervenção do Estado a partir da década de 30, a princípio como forma de controle as manifestações populares existentes no período, tendo segundo Jaccoud (2009), o seguro social como base para o seu surgimento. E diferentemente de outros países, as políticas sociais brasileiras não foram implementadas seguindo um modelo de Estado de Bem-Estar Social.

Partindo para o contexto da saúde através desta discussão, foi exposta a conjuntura da assistência à saúde no século XX, em que esteve marcada por grandes epidemias e o controle autoritário para a mesma por parte do Estado. E a forma como está insere-se enquanto proteção social a partir da década de 30, através da intervenção do Estado. Esta por sua vez era direcionada apenas a alguns trabalhadores atuantes em profissões ligadas a economia do país, que tinha o café como principal produto econômico. Não sendo portanto uma política de abrangência a toda a população.

Entre os avanços e retrocessos, este último sobressai-se, sobretudo no período da ditadura militar, a assistência à saúde permanece focalizada aos trabalhadores formais e seus dependentes. Aos que não tivessem condições de arcar com atendimentos privados restava-se a assistência por parte da caridade e hospitais filantrópicos.

A conjuntura da atenção à saúde só passa para outra abrangência a partir dos anos a 80, tendo a luta por uma saúde mais democrática, da qual o Movimento

da Reforma Sanitário teve seu importante lugar de protagonismo na luta pela consolidação do SUS na VIII Conferência Nacional de Saúde.

O SUS é consolidado a partir da Lei de n. 8080/90, a qual classifica a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Rompendo com o padrão de assistência existente anteriormente que focalizava o direito apenas a uma parte da população (os trabalhadores). Tendo entre os seus princípios e diretrizes a universalidade, integralidade e igualdade.

Como forma de traçar a abrangendo da significância da saúde, procurou-se debater a respeito do processo saúde/doença para os mais diferentes grupos culturais, dentro contexto histórico. Por muito tempo a saúde não tinha um conceito específico, cada parte da população tratava o processo de saúde e doença de diferentes formas de acordo com suas crenças, culturas e costumes.

Para alguns grupos a doença se apresentava como castigo de algum pecado cometido, outros tratavam a doença com uma energia ruim que se curava através de rituais. Apenas em 1948, a ONU e OMS dão um conceito à saúde tratando-a como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 37).

Compreendido sobre o direito à saúde, previsto para todos os cidadãos e o processo de saúde e doença, é traçado o perfil epidemiológico dos infartados no Brasil. O infarto estando inserido entre as doenças cardiovasculares tem cada vez mais atingido a população em sua totalidade. Considerada como um problema de saúde publica devido a tantas ocorrências.

Entre os fatores de risco referentes a esta patologia foi destacado estão a má alimentação, tabagismo, altos níveis de consumo alcoólico. E sobre as diferenças da ação da doença em cada gênero, pontuamos que se trata de uma doença que causa maiores internações entre os homens, no entanto há mais causas de óbitos entre as mulheres.

A respeito da vivencia após o evento do infarto, destacamos que impactos podem ser causados ao individuo, podendo ser eles econômicos sociais e psíquicos. Visto que se faz necessário uma total mudança na sua rotina diária, sobretudo no início da recuperação devido aos riscos de um novo evento do infarto. A família, em seus variados tipos de formação, é que se faz presente no cotidiano do infartado, na colaboração deste processo de cuidados.

Ao abordamos o município de estudo em questão, foram expostos o perfil do município, assim como as informações relevantes sobre a saúde no mesmo. O investimento do município de Governador Mangabeira na saúde no ano de 2018 foi de R\$: 3.945.807,76 segundo dados do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia. No município, os óbitos por doenças do aparelho circulatório apresentam um número expressivo em relação às demais morbidade.

A partir de dados coletados foi analisado que as políticas de saúde direcionadas a população, sobretudo aos infartados, é na sua maioria de atenção básica. Mas não são disponibilizados serviços de maiores tecnologias, nem leitos para internamento, o que vem a ser representado com um fator negativo diante da complexidade da patologia e das necessidades para o controle da mesma.

O estudo contribuiu para um maior conhecimento acerca das políticas de saúde e para a compreensão desta como um direito garantido por lei. Trouxe contribuições a respeito dos fatores sociais e econômicos que impactam na saúde, assim como para os indivíduos após o evento do infarto. Espera-se que novos estudos sejam realizados explorando novas abordagens a respeito dos impactos ocasionados ao indivíduo após o infarto, assim como ao seu estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N; PAIM, J. S. Conceitos de Saúde: Atualização do debate teórico-metodológico. *In*: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ANDRADE, Fabrício Fontes de. **Nem tudo que reluz é ouro: o combate à pobreza nos governos do Partido dos Trabalhadores (2003 2004)**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, 2018.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Governador Mangabeira**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/governador-mangabeira_ba> Acesso em: 04 dez. 2019.
- BAPTISTA, T. W. de F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 6ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais *In*: **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p. 380-398, dez. 1996.
- BOSCHETTI, I. **Seguridade e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. [S.l]: Editora Cortez, 2009.

BUSSOLETTO, G. M. **Stress pós infarto: avaliação evolutiva e adesão à mudança de hábitos**. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Campinas: PUC, 2012.

CASTRO, J. R. B. Governador Mangabeira no contexto do Recôncavo Baiano: dinâmica urbana, desafios e possibilidades. *In: 50 anos de Governador Mangabeira: perspectivas históricas e sociais*. Textura, Governador Mangabeira, Edição Especial, p. 15-27, 2012.

CNES. **Governador Mangabeira**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=29&VMun=291160>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CRUZ, L. R da; HILLESHEIM. Vulnerabilidade social. *In: FERNANDES, R. M. C; HELLMAN, A. Dicionário crítico: Política de assistência social no Brasil*. Porto Alegre: ED. UFRGS, 2016.

DAL BONI, A. L. M. **Impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Programa de Educação nas Profissões de Saúde. Sorocaba, 2013.

DATASUS. **Mortalidade geral**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ba.def>>. Acesso em: 04 dez. 2019.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 153-174.

GIRON, L. A. **Capanema, o homem que era um ministério**. Disponível: <<https://istoe.com.br/capanema-o-homem-que-era-um-ministerio/>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Curitiba: Editora UFPR, 2005. p. 127-141.

IBGE Cidades. **Governador Mangabeira**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/governador-mangabeira/panorama>> Acesso em: 04 dez. 2019.

JACCOUD, L. Proteção social no Brasil: debates e desafios. *In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

JUNIOR, J. B. R.; NOGUEIRA, R. P. As condições de Saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

Lei 8080/90. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LEMOS, C. R. H. **Impacto social do transplante cardíaco**. Tese – Doutorado – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP. Franca, 2003.

LOBATO, L. V. C. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011 *In*: **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(4): 599-608, out-dez 2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDEIROS, T. L. F. et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio *In*: **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife, 12(2): 565-572, fev. 2018.

MENDES, A. S. **Acesso aos hospitais de referência em cardiologia: diferença entre homens e mulheres com infarto do miocárdio**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2011.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde, SUS. *In*: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 25-139.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores *In*: **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 15-35.

PEREIRA, P. A. P. Política Social. *In*: FERNANDES, R. M. V; HELLMANN, A. **Dicionário crítico: Política de assistência social no Brasil**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.

POLÍTICAS de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Direção de Renato Tapajós. São Paulo; Tapiri Cinematográfica Ltda; 2006. Disponível no You Tube. 62 min.

PÖTTER GARCIA, R. **Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, RS, 2013.

REIS, V. R. S. S. **Retardo no acesso de usuários com infarto do miocárdio aos serviços de saúde pública**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, 2012.

SANTOS, J. et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5): 1621-1634, 2018.

SCILIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS In: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 17(1): 29-41, 2007.

SENNA, M. C. M; MONNERAT, G. L. O setor de saúde e os desafios à construção da Seguridade Social brasileira. *In: BEHRING, E. R; ALMEIDA, M. H. T (orgs.). Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: PSS/UERJ, 2008.

SILVA, L. C. B. A Vila e o coronel: memória e poder local na Vila de Cabeças – Bahia (1920-1962). *In: 50 ano de Governador Mangabeira: perspectivas históricas e sociais*. Textura, Governador Mangabeira, Edição Especial, p. 29-54, 2012.

SIVIERO, I. M. P. S; SCATENA, M. C. M; COSTA JR, M. L. C. Fatores de risco numa população de infartados *In: R. Enferm, UERJ*, 2005; 13:319-324.

SOUSA, M. Z; OLIVEIRA, V. L. M. Vivenciando o infarto: experiência e expectativas dos pacientes *In: Esc Anna Nery R. Enferm*, 2005 abr; 9 (1): 72-79.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. *In: Concepção e gestão de proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. UNESCO, 2009.

TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA (TCM). **Governador Mangabeira**. Disponível em: <<https://www.tcm.ba.gov.br/municipio-post/governador-mangabeira/>>. Acesso em: 04 dez. 2019.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção a saúde organizada em redes**. São Luís, 2016.

VIANA, A. L. D. A; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: Um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis In: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008. p. 645-684.