

O direito à saúde na percepção de moradores de ocupação urbana

Aluna: Camila A. Terra Hama RA: 195276

Orientador: Prof. Dr. Rubens Bedrikow

Esta pesquisa teve por objetivo estudar a percepção de moradores de área de ocupação urbana em relação ao direito à saúde e a metodologia utilizada foi através de pesquisa qualitativa que empregou entrevistas semiestruturadas.

No Brasil, em 1988, em contexto de movimento da Reforma sanitária, foi firmado pela nova Constituição Federal, o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado, visando a integralidade, equidade e universalidade desse serviço. (Ministério da Saúde, 2007). Contudo essa proposta sofreu questionamentos e controvérsias por parte no que tange o público e o privado, tornando-se uma articulação solidária ao mercado privatista. O Estado, dessa forma, garantiria o mínimo aos que não podem pagar para o setor privado, focando sua atenção às populações mais carentes (Bravo e Matos, 2006).

Por conseguinte, a garantia do direito de acesso à saúde passa a ser seletivo, pautando seu filtro de forma que os cidadãos que não podem esperar pelo atendimento e têm condições financeiras lhes tem assegurado o acesso por meio do setor privado, em detrimento de uma grande parcela da população carente desse recurso, nos levando a um questionamento dessa “universalidade” proposta. (Prosenewicz e Lippi, 2011) Para Assis o princípio está alienado e se traduz num sistema segmentado e desarticulado, tanto nos parâmetros internos das instituições quanto do sistema gestor como um todo. Um sistema que se fez excludente, pautado na leis do mercado de oferta e demanda, causando uma lógica de racionamento de gastos que culmina numa deterioração da qualidade dos serviços públicos (Assis, 2003). A partir do exposto, procurou-se identificar se os moradores do território ocupado se vêem em situações de fragilidade estrutural e têm seu direito à saúde assegurado pelo Estado.

A ocupação urbana em questão, denominada Vila Paula, caracteriza-se por moradias precárias de madeira, abastecimento de água e energia elétrica insuficiente, falta de esgotamento sanitário, predomínio de crianças e adultos jovens, poucos idosos, cerca de 18% de imigrantes, quase todos haitianos e taxa elevada de desemprego ou emprego informal.

O aumento da desigualdade social nos últimos anos e o elevado número de pessoas em situação de pobreza passando a morar em favelas, ocupações, invasões e outros aglomerados de habitações precárias acelera o processo de transformação da estrutura

urbana, principalmente nas periferias das grandes cidades ou áreas centrais destituídas de valor imobiliário. O surgimento de novos aglomerados subnormais, com dinâmicas próprias, exigem respostas diferenciadas por parte das equipes de saúde da família, novos modos de organização das práticas e a ampliação dos processos de territorialização e cadastro de famílias já realizados. Estas novas exigências podem ser recebidas pelos profissionais das equipes de saúde da família como aumento da demanda de trabalho numa conjuntura de congelamento ou diminuição de investimento na área de saúde (Ferreira e Espírito Santo, 2012; Carneiro Jr e Silveira, 2003; Pasternack e D’Ottaviano, 2016; Pereira e Barcellos, 2006).

Haveria o risco da equipe de saúde da família à qual incorporou-se o novo aglomerado subnormal desinteressar-se ou não dar conta de abarcar plenamente o novo território, onde concentram-se famílias em situação de pobreza, frágil organização social e pouco poder reivindicatório, relacionados ao desenraizamento, provisoriedade e invisibilidade próprios desses grupos populacionais (Porto et al., 2015).

Contudo, através de atuação no programa de extensão universitária da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp “Promoção de Cidadania e Saúde em Aglomerado Subnormal” e de uma liderança organizada, houve um estabelecimento de vínculo entre o Centro de Saúde e a recente ocupação, em seu surgimento.

À vista do exposto, uma vez com acesso ao serviço de saúde, observou-se que a percepção de ter o direito assegurado, se traduz também na qualidade em que o serviço é prestado, exposto pelas vivências do usuário na rede. Ou seja, um serviço de baixa qualidade não cumpre com a normativa de um acesso integral à saúde. Identificou-se uma principal queixa quanto à falta de humanização do atendimento.

O direito à saúde né. Todo mundo tem direito à saúde, é lei né. Porém, qual saúde? A questão não é ter o direito, é o acesso. A uma saúde de qualidade, uma saúde humana, na verdade humanizada, é isso que falta. Não uns robzinhos que estão lá para atender as pessoas. Que hoje é muito isso, vai lá, faz a ficha, espera, é robô. Não tem aquela conversa pessoal mesmo, aquele se interessar pelo problema e pela dor do outro. Acho q é isso que falta no Brasil, a estrutura ta aí, falta humanizar ela.

Tal percepção coloca o direito à saúde para além do que determina o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

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

A lei 8.080 que regulamentou o SUS ao dispor "sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências" também não menciona a qualidade (Brasil, 1990). Enquanto que a Política Nacional de Humanização (PNH) vai de encontro ao que disseram os participantes de pesquisa quando estimula a prática da Clínica Ampliada e Compartilhada que considera a "singularidade do sujeito" e "a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas" (Brasil, 2013). No mesmo sentido indica a Organização Mundial da Saúde ao preconizar a prática do Método Clínico Centrado na Pessoa (WHO, 2008).

Em relação aos obstáculos encontrados para a garantia do direito à saúde, vários foram mencionados pelos participantes da pesquisa: não compreensão do trabalho realizado pelos profissionais de saúde por parte dos usuários da unidade básica de saúde (UBS), agressividade, preconceito em relação a pobres, falta de comunicação, falta de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, dificuldade de obter cadastro, falta de endereço, vínculo com outra UBS, micropoder, desigualdade social, formação médica pouco humanizada, resignação com a situação de pobreza, pouco conhecimento sobre seus direitos e sobre o funcionamento do sistema e serviços de saúde.

Por fim, entre os facilitadores encontrados destacam-se a interação mais longitudinal e continuada entre a equipe de saúde e a comunidade da ocupação, incluindo ações no território da ocupação, a participação de coordenadores da ocupação como mediadores da relação entre equipe de saúde e moradores da ocupação e, no caso específico da Ocupação Vila Paula, a existência de programa de extensão universitária no território.

Quanto mais a equipe de saúde circular e atuar no território mesmo da ocupação menos resistência e preconceito terá, o vínculo e a empatia tenderão a aumentar. A concepção de vínculo é polissêmica, pautada em aspectos do atendimento e cuidado que permeiam a humanização, responsabilização e integralidade. Esse estreitamento de laços possibilita uma promoção do cuidado mais eficaz pois se fundamenta numa relação de confiança e partilha de compromissos entre usuário e centro de saúde. O vínculo permite uma aproximação entre as partes, o que culmina num envolvimento mútuo com objetivos em comum (Ilha, 2014).

Referências bibliográficas

- Assembleia Geral da ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris, (217 [III] A), 1948.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. de. *Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate*. In: Bravo, M. I. S. et al (Orgs.). *Saúde e serviço social*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2006. p. 25-47.
- Ivania Prosenewiczl; Umberto Gazi Lippi. *Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO*. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, jul. 2011.
- Assis, M. M. A.; Villa, T. C. S.; Nascimento, M. A. A. *Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- Pasternak S e D'Ottaviano C. *Favelas no Brasil e em São Paulo: avanços nas análises a partir da Leitura Territorial do Censo de 2010*. Cad. Metrop., São Paulo, v. 18, n. 35, pp. 75-99, abr 2016.
- Ferreira J e Espírito Santo W. *Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [1]: 179-198, 2012.
- Pereira MPB e Barcellos C. *O território no programa de saúde da família*. Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006.
- Porto MFS et al. *Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 523-543, jul./set. 2015.
- Brasil. Congresso. Câmara dos Deputados. Lei nº 6.815 de 19 de agosto de 1980. Legislação informatizada. Brasília, DF, 1980.
- WHO (World Health Organization). *The World Health Report 2008: Primary Health Care - now more than ever*. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em 27/9/2020.
- Ilha, S.; Dias, M. V.; Backes, S. S.; Backes, M. T. S. *Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família*. Revista Ciência Cuidado Saude, Jul/Set, 2014.