

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Luciana de Oliveira Figueira

Projeto Conquista: uma abordagem no campo direito e saúde

Vitória da Conquista
2016

Luciana de Oliveira Figueira

Projeto Conquista: uma abordagem no campo direito e saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Coorientador: Prof. Ms. Ernani Costa Mendes

Vitória da Conquista
2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F475p Figueira, Luciana de Oliveira.
Projeto Conquista: uma abordagem no campo direito e saúde. /
Luciana de Oliveira Figueira -- 2016.
162 f. : ilus.; mapa; tab.; graf.
Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Ernani Costa Mendes
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, Vitória da Conquista-BA, 2016.
1. Direito à Saúde. 2. Direitos Humanos. 3. Cooperação
Internacional. 4. Cooperação Técnica. 5. Programas e Projetos de
Saúde. 6. Brasil. 7. Cuba. I. Título.

CDD - 22. ed. - 344.0321

Luciana de Oliveira Figueira

Projeto Conquista: uma abordagem no campo direito e saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 11/04/2016.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – ENSP/FIOCRUZ
Orientador

Prof. Ms. Ernani Costa Mendes - – ENSP/FIOCRUZ
Coorientador

Prof. Dr. Gefter Thiago Batista Correa - FAINOR

Profa. Dra. Gyselle Cynthia Silva Meireles – FAINOR

Vitória da Conquista
2016

Dedico este trabalho aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu forças e me sustentou.

Aos meus pais pelo amor incondicional e pelo incentivo.

Aos meus irmãos e aos meus amigos.

Aos meus orientadores por conseguirem encurtar a distância entre Vitória da Conquista e o Rio de Janeiro.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional, por compartilharem comigo o seu conhecimento.

Aos professores membros da Banca por sua disponibilidade e atenção.

A todos que trilharam esse caminho comigo, muito obrigada!

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

João Guimaraes Rosa, 1994, p. 448.

RESUMO

Direito humano e fundamental, o direito à saúde caracteriza-se como um direito social, com eficácia predominantemente prestacional, exigindo do Estado uma conduta positiva. Diante do desafio de elaborar políticas públicas eficazes para a concretização do direito à saúde, conforme reconhecido no ordenamento jurídico pátrio e estrangeiro, adquire sentido o estudo da cooperação técnica internacional e da proposta de Häberle sobre a instalação do Estado Constitucional Cooperativo. O objetivo do presente trabalho é analisar, a partir do campo Direito e Saúde, o Projeto Conquista, fruto do Protocolo de Cooperação firmado entre Brasil e Cuba (Havana, 2011) e buscar as causas da sua não execução. Para alcançar esse desiderato, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental, que fundamentou a construção das seguintes hipóteses: uma falha na avaliação *ex-ante* impediu a identificação dos defeitos e a realização dos ajustes necessários à viabilidade e exequibilidade do projeto; a impropriedade na distribuição das ações pelas fases do projeto levou à postergação de decisões importantes para a sua implementação (elaboração do orçamento, definição sobre o financiamento e a aprovação interinstitucional).

Palavras-chave: Direito e saúde; Direitos humanos; Direitos fundamentais; Estado Constitucional Cooperativo; Cooperação sul-sul.

ABSTRACT

Human rights and fundamental right to health is characterized as a social right, with predominantly prestacional effectiveness, requiring the state to take positive conduct. Faced with the challenge of developing effective public policies to the realization of the right in health, as recognized in the paternal and foreign law, acquires meaning the study of international technical cooperation and the proposed Häberle on installing Cooperative Constitutional State. The objective of this study is to analyze, from the law and health field, Conquista's Project, resulted of the cooperation protocol signed between Brazil and Cuba (Havana, 2011) and seek the causes of its non-execution. To achieve this, a bibliographic and documentary research justified the construction of the following assumptions: a failed *ex-ante* evaluation has prevented the identification of defects and making adjustments necessary to the viability and feasibility of the project; the inappropriateness in the distribution of the shares by the phases of the project led to the postponement of important decisions for their implementation (budget preparation, definition of financing and institutional approval).

Keywords: Law and health; Human rights; Fundamental rights; Cooperative Constitutional State; South-South cooperation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Principais diferenças entre o Direito Sanitário e o Direito à Saúde	48
Figura 1 -	Conceito esquematizado de cooperação estruturante em saúde	62
Figura 2 -	Eixos de desenvolvimento do projeto	69
Figura 3 -	Órgãos Colegiados em nível nacional e local	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAD	Comitê de Assistência ao Desenvolvimento
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CNS	Cooperação Norte-Sul
CSS	Cooperação Sul-Sul
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO	Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar
INOR	Instituto de Oncologia e Radiologia de Cuba
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em ciências da Saúde
MINSAP	Ministério da Saúde Pública de Cuba

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OECE	Organização de Cooperação Econômica Europeia
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SICC	Seção Independente de Controle do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	16
2.1	PROBLEMA.....	16
2.2	COLETA DE DADOS.....	16
2.3	OBJETIVOS.....	18
2.3.1	Objetivo geral	18
2.3.2	Objetivos específicos	18
3.	SAÚDE: UM DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL	19
3.1	DIGNIDADE DA PESSOA.....	19
3.1.1	Dignidade como Princípio Jurídico	21
3.2	DIREITOS HUMANOS.....	25
3.2.1	Teoria Dimensional	27
3.3	DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	30
3.3.1	Direitos Sociais	33
3.3.1.1	Direito à Saúde.....	37
3.4	CAMPO DIREITO E SAÚDE.....	44
4.	ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	47
4.1	DO ESTADO CONSTITUCIONAL AO ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO.....	48
4.2	COOPERAÇÃO INTERNACIONAL.....	53
4.2.1	Sul Global	56
4.2.2	Cooperação em Saúde	57
4.2.3	Brasil - Cooperação Estruturante em Saúde	59
5.	PROJETO CONQUISTA: ANÁLISE E INEXECUÇÃO	61
5.1	COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE BRASIL E CUBA.....	61
5.2	VITÓRIA DA CONQUISTA: ÁREA DEMONSTRATIVA.....	65
5.3	PROJETO CONQUISTA.....	67
5.3.1	Objetivos e Metodologia	67

5.3.2	Governança e Custos do Projeto	71
5.4	A INEXECUÇÃO DO PROJETO CONQUISTA	73
5.4.1	Verificações	74
5.4.1.1	Elaboração.....	76
5.4.2	Hipóteses	88
6.	CONCLUSÃO	95
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXOS	113
	ANEXO A – PROJETO CONQUISTA	113
	ANEXO B – Ofício n. ° 004/2015	162

1. INTRODUÇÃO

A contínua construção dos direitos humanos, associada à intensificação das relações internacionais, fez com que a conformação do tradicional Estado Constitucional ocidental, democrático internamente, mas não integrado e, por isso, não colaborativo externamente, já não fosse mais satisfatório. Diante dessa inadequação, Häberle propôs a instalação do Estado Constitucional Cooperativo, caracterizado pela solidariedade e comprometido com a realização dos direitos humanos em seu território e fora dele.

O Brasil tem se aproximado desse modelo de Estado, como se observa com a fixação constitucional da prevalência dos direitos humanos, que permitiu a abertura da ordem jurídica interna para o sistema internacional, no que diz respeito às regras com esse conteúdo. O mesmo entendimento permitiu a análise dos princípios constitucionais que norteiam as relações internacionais, dos quais se destaca aqui o da cooperação internacional para o progresso da humanidade.

Considerando a relevância da saúde como um direito humano e fundamental, uma vez que, constitucionalmente assegurado, essa área tem sido um foco importante da cooperação internacional. A abordagem nacional foi concebida como cooperação estruturante em saúde, com a finalidade de gerar o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países envolvidos, buscando, através da produção de conhecimento, a construção de capacidades locais, rompendo, assim, com a tradicional transferência passiva de saberes.

Nesse contexto, como consequência do Protocolo de Cooperação em Saúde (Havana, 2011), foi elaborado o Projeto 3: Programas de Controle do Câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba, tendo sido eleitos, respectivamente, o município de Vitória da Conquista (Bahia) e a província de Villa Clara (Cuba). Diante disso, em 15 de maio de 2013, foi firmada uma Carta de Intenções entre a Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS), a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e o Ministério da Saúde Pública de Cuba (Minsap) para a realização do Projeto Conquista - Projeto Interdisciplinar e Social de Cuidado e Controle do Câncer a partir da Atenção Básica (doravante denominado apenas Projeto Conquista)¹.

O objetivo geral do projeto consistia no desenvolvimento de uma nova forma de organização, visando à melhoria do cuidado e do controle do câncer. Esse novo modelo partiria da Atenção Básica, primeiro nível de atenção em saúde, que em razão da sua função de articular

¹ Anexo A.

os diversos serviços e ações relacionadas à atenção em saúde, coordenaria os cuidados voltados ao paciente com câncer em todos os níveis assistenciais.

Para melhor entender a relevância desse projeto, é importante salientar que o Brasil, desde o fim da década de sessenta, tem passado pelas transições demográfica² e epidemiológica. A primeira, caracterizada pela migração do campo para as cidades, pelo aumento da industrialização e pelo desenvolvimento tecnológico e científico. O “envelhecimento”³ da população, consorciado com as mudanças nas relações entre as pessoas e seu ambiente, alteraram, significativamente, o perfil de morbimortalidade, diminuindo as ocorrências das doenças infectocontagiosas e colocando as crônico-degenerativas como novo centro de atenção, gerando, assim, a segunda transição⁴. No conjunto das doenças crônico-degenerativas tem destaque, como problema de saúde pública, o câncer⁵.

Apesar da importância do Projeto Conquista e do significativo impacto social que sua implementação traria, ele não foi executado, conforme se depreende do Ofício n.º 004/2015, expedido pela Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Comissão de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Vitória da Conquista, Estado da Bahia. Segundo o texto da proposta técnica do Projeto (anexo A), a única fase concluída foi a primeira, denominada elaboração, cujos objetivos eram realizar o diagnóstico situacional compartilhado, a formulação interinstitucional e a estruturação da gestão.

Diante disso, a presente pesquisa teve o propósito de analisar o Projeto Conquista e buscar as causas da sua inexecução. Por se tratar de um Mestrado Profissional, que objetiva promover a articulação integrada da formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, tendo em vista aprimorar a eficiência das organizações, buscou-se, ao se analisar as causas da não execução do Projeto Conquista, contribuir com o debate e com o enfrentamento do desafio de criar políticas públicas eficazes para a concretização do direito à saúde, no mundo fático, conformando-o às expectativas criadas pelas positavações que integram a Constituição e os documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

² Conhecida como “envelhecimento” da população.

³ INCA, 2014, p. 25

⁴ Ibidem.

⁵ “De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. (...) No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país”. (INCA, 2014, p. 26)

Quanto à sua estrutura, além dessas considerações iniciais, o conteúdo deste trabalho foi distribuído em quatro capítulos. O primeiro apresenta uma abordagem acerca do procedimento metodológico em que constam o desenho da pesquisa, os objetivos pretendidos e a classificação da pesquisa quanto aos seus objetivos e métodos.

No segundo capítulo, desenvolve-se a análise acerca do direito à saúde e sua caracterização. Primeiramente, discute-se sobre a dignidade, razão justificadora dos direitos humanos e, por conseguinte, dos direitos fundamentais. Em seguida, são ressaltadas a evolução histórica, a delimitação conceitual, a distinção e as questões sobre a classificação e a aplicabilidade de tais direitos. Dá-se ênfase, também, à caracterização do direito à saúde com base nas informações anteriormente expostas. E, finalmente, o capítulo explana sobre o campo Direito e Saúde, nova área do conhecimento, com a qual se pretende alcançar os objetivos que foram olvidados pelo Direito Sanitário. A discussão apresentada neste capítulo justifica o Estado Constitucional Cooperativo e sua responsabilização internacional no campo da solidariedade.

O terceiro capítulo examina o Estado Constitucional Cooperativo e analisa a Cooperação Técnica Internacional como ferramenta auxiliar na efetivação dos direitos humanos e fundamentais. Para alcançar essa finalidade, o texto apresenta a transição do Estado Constitucional para o Estado Constitucional Cooperativo, a conceituação desse último e sua finalidade. Ainda neste capítulo, faz-se referência à cooperação internacional, seu conceito e evolução histórica e também destaca algumas considerações a respeito da Cooperação Sul-Sul e seu vínculo com a cooperação estruturante em saúde, concepção adotada pelo Brasil.

O quarto capítulo apresenta a análise do Projeto Conquista em que foram buscados os motivos da sua não execução. Nesse intuito, a relação firmada entre Brasil e Cuba foi o alvo da atenção, com o propósito de situar o Projeto Conquista, objeto primeiro deste trabalho. Para isso, explana-se sobre a escolha das áreas demonstrativas, caracterizando o município de Vitória da Conquista. Também são explicados os objetivos e métodos adotados, bem como a organização para a realização do Projeto. Ao final, foram levantadas algumas hipóteses quanto à inexecução do que ficou pactuado na Carta de Intenções firmada pelos representantes dos países envolvidos. Em seguida, procedeu-se à conclusão.

2. METODOLOGIA

O objeto de pesquisa deste trabalho é o Projeto Conquista (Anexo A), mais especificamente pretendia-se verificar os motivos que levaram à sua inexecução. O Projeto Conquista está inserido num amplo programa de cooperação técnica internacional na área de saúde, firmado entre os governos de Brasil e Cuba. Um dos temas incluídos nessa cooperação técnica, identificado como Tema 1, diz respeito às terapêuticas e programas de controle do câncer. Dentro desse tema, está sendo desenvolvido o PROJETO 3 - PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER EM ÁREAS DEMONSTRATIVAS DO BRASIL E CUBA. O Projeto Conquista, objeto dessa pesquisa, está contido nesse Projeto 3⁶.

O município de Vitória da Conquista – Bahia foi selecionado pelo grupo condutor nacional como área demonstrativa brasileira do Projeto 3, portanto, será essa a área de localização da pesquisa.

Cumprir informar que a fixação do período da pesquisa levou em consideração o prazo estabelecido no Projeto Conquista, qual seja o lapso temporal compreendido entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015.

Para atender ao propósito delimitado neste trabalho, optou-se pela pesquisa qualitativa, quanto à abordagem, e explicativa quanto aos objetivos.

2.1. PROBLEMA

Que razões levaram o Projeto Conquista, política pública de saúde proposta por meio de um acordo de cooperação técnica internacional, a não ser executado?

2.2. COLETA DE DADOS

Tendo em vista a natureza da investigação a que se propõe este trabalho, optou-se por pesquisas bibliográficas e documentais. Distinguindo as duas espécies de procedimento, ensina Gil (2002, p.45).

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda põem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa.

⁶ Vitória da Conquista, 2012, p. 22.

A pesquisa bibliográfica foi iniciada pelos autores fundamentais, responsáveis pelas obras básicas de cada um dos temas abordados.

Capítulo 3: R. Alexy, L. R. Barroso, N. Bobbio, P. Bonavides, P. M. Buss, F. K. Comparato, S. G. Dallari, E. Kant, H. Kelsen, F. Piovesan, I. W. Sarlet, J. S. Paim, R. A. Mattos, C. A. B. Mello, H. P. Dias, J. Bisol, L. C. F. Vasconcellos, M. H. B. Oliveira, L. Giovanella.

Capítulo 4: P. Häberle, J. J. G. Canotilho, J. A. Silva, A. M. Souza, M. A. Maliska, G. F. Mendes, A. M. Souza, P. M. Buss, J. R. Ferreira, M. B. Caixeta, E. Sato, C. M. Almeida,

Capítulo 5: E. Cohen, R. Franco, A. E. M. Campos, C. M. Ávila, R. D’Agnino.

Feito esse levantamento, foram analisados textos e livros dos autores citados pelos primeiros. Quanto aos autores citados pelos elencados acima, alguns artigos foram buscados na base de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO). Também foram feitas buscas na base de dados do Google acadêmico com as palavras chave: cuidado e Vitória da Conquista.

Os artigos e livros relativos ao direito constitucional, aos direitos humanos e fundamentais, ao Sistema Único de Saúde, à avaliação de projetos sociais e ao campo Direito e Saúde são todos posteriores à Constituição Federal de 1988, em virtude das profundas alterações por ela introduzidas no ordenamento jurídico. Quanto à cooperação internacional, a bibliografia utilizada se restringiu às publicações a partir de 2008, em razão do fortalecimento da cooperação Sul-Sul, que deu origem à concepção de cooperação estruturante em saúde adotada pelo Brasil.

Foram analisados atos administrativos, leis e a Constituição Federal, Acordos de Cooperação Técnica, Cartas de Intenções, o Projeto Conquista (Anexo A) e notícias sobre o tema que foram publicadas nos *sites* das instituições envolvidas no Projeto Conquista, entre os anos de 2011 e 2015, nos seguintes endereços eletrônicos: Seção Independente de Controle do Câncer/Ministério da Saúde Pública de Cuba – SICC/MINSAP (<http://instituciones.sld.cu/sicc/>); Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil – MS (<http://portalsaude.saude.gov.br/>); Instituto Nacional de Câncer José de Alencar – INCA (<http://www2.inca.gov.br>); Fundação Estatal de Saúde da Família/SUS – FESF/SUS (<http://www.fesfsus.ba.gov.br/>); Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB (<http://www.saude.ba.gov.br/>); Prefeitura municipal de Vitória da Conquista (<http://www.pmvc.ba.gov.br>).

A pesquisa documental também foi realizada nas bases de dados do INCA, DATASUS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), MS, Diretoria da Atenção Básica, SESAB, FESF-SUS e Secretaria de Saúde do Município de Vitória da Conquista - BA.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo geral

Analisar, a partir do campo Direito e Saúde, as razões que contribuíram para a não execução do Projeto Conquista.

2.3.2 Objetivos específicos

- a) assentar o direito à saúde como um direito humano e fundamental, caracterizado pela universalidade, equidade e integralidade;
- b) apresentar a definição do Estado Constitucional Cooperativo e caracterizá-lo como instrumento para a efetivação dos direitos humanos;
- c) evidenciar a evolução histórica, apresentar o conceito e as espécies de cooperação internacional, situando o Protocolo de Cooperação em Saúde (Havana, 2011);
- d) identificar os motivos que contribuíram para a não execução do Projeto Conquista.

3. SAÚDE: UM DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL

A dignidade da pessoa, fundamento dos direitos humanos, é concretizada por meio dos direitos fundamentais, uma vez que eles são reconhecidos e garantidos institucionalmente quando incorporados ao texto constitucional.

Este capítulo aborda o conceito jurídico de dignidade como razão justificativa⁷ dos direitos humanos e fundamentais, com o objetivo de contextualizar a tutela da saúde pelo Estado, e, por fim, apresentar o campo direto e saúde como uma nova área do conhecimento.

3.1 DIGNIDADE DA PESSOA

Barroso e Mello (2015, p. 34) apresentam três referências que podem auxiliar na tarefa de compreender o que se entende hoje por dignidade da pessoa: a religiosa, a filosófica e a histórica.

Sob o prisma religioso, tomando por parâmetro a tradição judaico-cristã, a dignidade encontra seu fundamento na origem do homem, como criatura feita à imagem e conforme semelhança de Deus⁸.

Em razão da grande influência do cristianismo no desenvolvimento do pensamento ocidental, muitos autores⁹ ressaltam sua relevância na evolução da ideia de dignidade. Tomás de Aquino desempenhou papel central na construção dessa ideia¹⁰. Em sua *Summa Theologia*, defendeu que, sendo Deus racional, o homem, feito à sua imagem e semelhança, também é racional, e, em consequência disso, é capaz de traçar seus próprios caminhos e, assim, ser senhor do seu destino¹¹. Nas palavras do autor: “Ora, é grande dignidade subsistir em uma natureza racional. Por isso dá-se o nome pessoa a todo indivíduo dessa natureza, como foi dito¹²”.

Dentre os muitos filósofos que contribuíram para a discussão da dignidade humana, tem destaque Giovanni Pico Della Mirandola, cujo discurso *Oratio de hominis dignity* (1486) é considerado como um dos textos fundamentais do Renascimento¹³.

⁷ Comparato, 2005, p. 3.

⁸ “Então disse Deus: ‘Façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança’. (...) Criou Deus o homem à sua imagem, à imagem de Deus o criou; homem e mulher os criou”. (Bíblia, gênesis 1:26 e 27)

⁹ Pérez, 1986; Tobenãs, 1992; Starck, 2002.

¹⁰ Starck, 2002.

¹¹ Byrne, 2001, p. 308.

¹² Idem, p. 361.

¹³ Barroso e Mello, 2015; Cancik, 2002.

No Discurso sobre a Dignidade do Homem, como passou a ser conhecida a *Oratio*, Pico, enquanto reivindica para o homem um novo lugar no universo¹⁴, propõe a concórdia entre a *ratio philosophica* e a *ratio theologica*, já que entre elas não existe subordinação.

Imaginando um diálogo entre Deus e Adão, o filósofo renascentista escreve¹⁵:

Coloquei-te no meio do mundo para que daí possas olhar melhor tudo o que há no mundo. Não te fizemos celeste nem terreno, nem mortal nem imortal, a fim de que tu, árbitro e soberano artífice de si mesmo, te plasmasses e te informasses, na forma que tiveres seguramente escolhido. Poderás degenerar até aos seres que são as bestas, poderás regenerar-te até às realidades superiores que são divinas, por decisão do teu ânimo.

No antropocentrismo de Pico, o homem, emancipado por Deus, passa a ser livre para fazer suas escolhas, para criar e transformar, conforme sua própria vontade¹⁶.

As mudanças de paradigma introduzidas pelo Renascimento (séculos XV e XVI) e pelo Racionalismo¹⁷ (século XVII), prepararam terreno para o Iluminismo, revolução intelectual que se operou na Europa no século XVIII. Caracterizado pelo predomínio da lógica racional contra os fundamentos teocêntricos, esse movimento trouxe significativa alteração no pensamento filosófico e, por consequência, na compreensão da dignidade humana. Sobre o tema, merece realce a filosofia moral de Kant¹⁸. McCrudden (2008, p.659) afirma que a conexão entre dignidade e Kant é tão forte que o conceito não religioso mais citado em estudos sobre o tema é o que foi por ele desenvolvido¹⁹.

Para o filósofo, no mundo ideal, denominado de reino dos fins, a pessoa, como ser racional, é membro e chefe²⁰. Sua vontade é livre e ela tem capacidade de se autodeterminar em conformidade com a lei moral, consistente num conjunto de comandos regidos pela razão. Segundo Kant, (2007, p. 33), a pessoa deve agir de forma que a máxima de sua vontade “possa valer igualmente em todo tempo como princípio de uma legislação universal”.

No reino dos fins, as coisas têm preço ou dignidade. Esclarece o filósofo que, quando algo tem preço (venal ou de afeição), pode ser substituído por coisa semelhante, sendo, por isso,

¹⁴ Idem, 2010, p. 19.

¹⁵ Mirandola, 2011, p. 57.

¹⁶ Idem, p. 24 (apresentação).

¹⁷ Período marcado por grandes transformações, caracterizado pela autonomia de pensamento e o uso individual da razão, em oposição ao domínio da fé e a autoridade da Igreja.

¹⁸ Segundo Barroso e Mello (2015), embora sejam apresentados alguns questionamentos à teoria moral, “a ética kantiana se tornou parte crucial da gramática e da semântica dos estudos sobre a dignidade humana”.

¹⁹ A construção de Kant sobre a dignidade sofreu uma série de críticas, são exemplos as apresentadas por Schopenhauer (a fórmula de Kant é vazia de sentido, insuficiente e até mesmo problemática, podendo servir de fundamento para qualquer coisa), Hegel (dignidade constitui uma qualidade a ser conquistada). Sarlet, 2012, p.23
²⁰ “Um ser racional pertence ao reino dos fins como seu membro quando é nele em verdade legislador universal, estando, porém, também submetido a estas leis. Pertence-lhe como chefe quando, como legislador, não está submetido à vontade de um outro”. (KANT, 2007, p. 76)

o seu valor relativo. Por outro lado, quando é impossível calcular um preço ou realizar a substituição, há de se falar em um valor íntimo e absoluto em dignidade²¹. Diante disso, é possível afirmar que a pessoa é dotada de dignidade, pois sua existência tem valor absoluto e fim em si mesma, não se prestando a ser instrumento da vontade alheia.

A referência histórica essencial para compreender o atual delineamento do conceito de dignidade está situada temporalmente na metade final do século XX e, do ponto de vista fático, está ligada aos “horrores do nacional-socialismo e do fascismo, e à reação que eles provocaram²²”. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a dignidade humana passou a integrar o discurso jurídico²³.

É oportuno salientar que a incorporação da dignidade como conceito jurídico foi precedido de profundas transformações na Teoria do Direito. Essas mudanças são analisadas de forma sucinta no item seguinte.

3.1.1 Dignidade como princípio jurídico

É na Europa do século XIX, em que se observa o crescimento das ciências naturais, que as primeiras concepções positivistas começam a florescer. Essa corrente filosófica tinha como pressuposto a ideia de que a única maneira de se construir o conhecimento seria através da ciência, por meio de método fundamentado na observação, tomando como base o mundo físico, palpável.

Ao tratar da ciência, Bobbio (1999, p. 135) afirma:

A característica fundamental da ciência consiste em sua avaloratividade, isto é, na distinção entre juízos de fato e juízos de valor e na rigorosa exclusão destes últimos do campo científico: a ciência consiste somente em juízos de fato. O motivo dessa distinção e dessa exclusão reside na natureza diversa desses dois tipos de juízo: o juízo de fato representa uma tomada de conhecimento da realidade, visto que a formulação de tal juízo tem apenas a finalidade de informar, de comunicar a um outro a minha constatação; o juízo de valor representa ao contrário, uma tomada de posição frente à realidade, visto que sua formulação possui a finalidade não de informar, mas de influir sobre o outro, isto é, de fazer com que o outro realize uma escolha igual à minha e, eventualmente, siga certas prescrições minhas.

Esse primado da objetividade pela experiência sensível, que estabelece a distinção entre sujeito/objeto, nega toda e qualquer forma de explicar as realidades por meio do universo intuitivo ou metafísico. Para os seguidores do positivismo, seria inútil a tentativa de explicar

²¹ Kant, 2007, p. 22.

²² Barroso e Melo, 2015, p. 35

²³ Idem.

qualquer fenômeno que não fosse por meio do método rigoroso e preciso da experimentação e observação.

Mas tais métodos de investigação científica não se resumem às ciências naturais. As ciências sociais também se apoderam dos pressupostos lançados pelo positivismo. Nesse contexto, surge o positivismo jurídico, que também tem sua origem na Europa capitalista do século XIX.

O positivismo jurídico²⁴ foi uma tentativa de transportar para o Direito o positivismo filosófico. Por esse entendimento, o Direito, como qualquer ciência, deve se limitar aos juízos de fato, com foco na realidade observável, assim, as discussões sobre a justiça e a legitimidade estão fora do seu domínio²⁵.

Nesse sentido, estabelecendo a pureza do Direito, Kelsen (1999, p.1) afirma,

Quando a si própria se designa como “pura” teoria do Direito, isto significa que ela se propõe garantir um conhecimento apenas dirigido ao Direito e excluir deste conhecimento tudo quanto não pertença ao seu objeto, tudo quanto não se possa, rigorosamente, determinar como Direito. Quer isto dizer que ela pretende libertar a ciência jurídica de todos os elementos que lhe são estranhos. Esse é o seu princípio metodológico fundamental.

Isto parece-nos algo de per si evidente. Porém, um relance de olhos sobre a ciência jurídica tradicional, tal como se desenvolveu no decurso dos sécs. XIX e XX, mostra claramente quão longe ela está de satisfazer à exigência da pureza. De um modo inteiramente acrítico, a jurisprudência tem-se confundido com a psicologia e a sociologia, com a ética e a teoria política.

Desse modo, o Direito foi resumido à norma oriunda do Estado, e o ordenamento jurídico, entendido como completo, passou a compor um sistema perfeito²⁶. Essa era a Teoria Jurídica vigente à época da Segunda Guerra, mas a derrota dos regimes fascista e nazista, ambos construídos sob a égide da legalidade²⁷, decretaram a decadência do positivismo jurídico.

Nesse sentido, é interessante observar a dura crítica apresentada por Radbruch (1997, p. 415)

Ordens são ordens, é a lei do soldado. A lei é a lei, diz o jurista. No entanto, ao passo que para o soldado a obrigação e o dever de obediência cessam

²⁴ O positivismo se opunha fortemente ao Jusnaturalismo, designação genérica que se destina a identificar as correntes filosóficas que defendiam a existência do direito natural. Ele, por sua vez, consistia num conjunto de valores e de pretensões humanas legítimas não originadas do Estado.

²⁵ “La teoría positivista del derecho sostiene basicamente que el único objeto de la ciencia de derecho es el derecho dictado por los hombres y que, además, la teoría posee los métodos adecuados para determinar qué es lo que establece el derecho. El enfoque positivista clásico Kelseniano defendía el positivismo metodológico según el cual el único objeto de la ciencia del derecho es el derecho positivo”. (Calsamiglia, 1998, p. 209)

²⁶ Barroso, 2001, p. 30.

²⁷ “Por otra parte, la autonomía del derecho supone que no hay una conexión necesaria entre el derecho, la moral y la política. Esa tesis puede entenderse y se ha entendido de maneras diversas. Una de las más relevantes es la que exige una distinción estricta entre el derecho y su justificación, el derecho es derecho aunque sea injusto. Para conocer el derecho no es necesaria la evaluación moral”. (Calsamiglia, 1998, p. 210)

quando ele souber que a ordem recebida visa a prática dum crime, o jurista, desde que há cerca de cem anos desapareceram os últimos jusnaturalistas, não conhece exceções deste género à validade das leis nem ao preceito de obediência que os cidadãos lhes devem. A lei vale por ser lei, e é lei sempre que, como na generalidade dos casos, tiver do seu lado a força para se fazer impor.

Esta concepção da lei e sua validade, a que chamamos Positivismo, foi a que deixou sem defesa o povo e os juristas contra as leis mais arbitrárias, mais cruéis e mais criminosas. Torna equivalentes, em última análise, o direito e a força, levando a crer que só onde estiver a segunda estará também o primeiro.

Diante da crise a que foi exposto o positivismo jurídico, surgiu espaço e necessidade para o desenvolvimento de um conjunto de reflexões sobre o Direito. Esse conjunto de ideias em construção passou a ser denominado pós-positivismo²⁸ e inclui as relações entre o direito, a moral e a política.

Nas palavras de Barroso (2007, p.6), o pós-positivismo pretende:

Ir além da legalidade estrita, mas não despreza o direito posto; procura empreender uma leitura moral do Direito, mas sem recorrer a categorias metafísicas. A interpretação e aplicação do ordenamento jurídico hão de ser inspiradas por uma teoria de justiça, mas não podem comportar voluntarismos ou personalismos, sobretudo os judiciais. No conjunto de ideias ricas e heterogêneas que procuram abrigo neste paradigma em construção, incluem-se a atribuição de normatividade aos princípios e a definição de suas relações com valores e regras; a reabilitação da razão prática e da argumentação jurídica; a formação de uma nova hermenêutica constitucional; e o desenvolvimento de uma teoria dos direitos fundamentais edificada sobre o fundamento da dignidade humana.

Assim, o conceito de dignidade ganhou contornos jurídicos e, em resposta às violações experimentadas durante a Segunda Guerra, foi criada, nas palavras de Nunes (2010, p. 56), uma nova razão ética-jurídica-universal, cujo objetivo maior é assegurar a dignidade da pessoa.

A Alemanha foi pioneira ao integrar essa noção de dignidade à Lei Fundamental de Bonn²⁹ (Constituição Alemã, 1949). Como consequência dessa inclusão, O Tribunal Constitucional Federal, instalado em 1952, criou jurisprudência³⁰, estabelecendo a dignidade da pessoa como inviolável, um valor supremo, que deve orientar a interpretação das normas que compõem o ordenamento jurídico.

É o que se observa no Caso Lüth (Kommers 1997, *apud* Costa 2008, p.173).

A seção de direitos humanos estabelece uma ordem objetiva de valores e essa ordem reforça bastante o poder dos direitos fundamentais. Esse sistema de

²⁸ Calsamiglia, 1998, p. 209; Barroso, 2001, p. 37.

²⁹ Além da Alemã, a maioria das constituições posteriores à Segunda Guerra traz a noção de dignidade da pessoa, são exemplo dessa realidade as constituições da Itália, Japão, Portugal, Espanha, África do Sul, Brasil, Israel, Hungria, Suécia, Irlanda, Índia e Canadá.

³⁰ “‘Jurisprudência’ (stricto sensu) devemos entender a forma de revelação do direito que se processa através do exercício da jurisdição, em virtude de uma sucessão harmônica de decisões dos tribunais”. (Reale, p. 167)

valores, que se centra na dignidade da personalidade humana em livre desenvolvimento dentro da comunidade social, precisa ser entendido como uma decisão constitucional fundamental, que afeta todas as esferas do Direito. Ele serve como critério para medir e avaliar todas as ações legislativas, administrativas e judiciais.

Esses valores ingressam no ordenamento jurídico como regras ou princípios. No primeiro caso, o legislador faz o juízo valorativo e, então, cria a norma objetiva, prescrevendo certo comportamento. Os princípios, por sua vez, são normas mais abstratas, que oferecem razões, justificativas, argumentos³¹. Para Lima (2001, p. 95), o “valor é fundante do grau deontológico da normatividade” e aduz ainda que “se a regra é o corpo, o princípio é a vida e o valor é a alma”.

Entendendo a dignidade humana como valor fundamental e princípio constitucional, é importante verificar, ainda que de forma breve, o que se compreende por princípio. Para Dworkin (2002, p.36-50), consiste numa norma ou padrão a ser respeitado, porque traduz uma “exigência de justiça, equidade ou alguma outra dimensão da moralidade”. Diferente da regra, o princípio não estipula as condições para a sua aplicação, mas “enuncia uma razão que conduz a argumentação em uma direção”. Alexy (2008, p. 90), por sua vez, desenvolve o conceito de Dworkin, reafirmando a concepção de que os princípios são normas que determinam a realização de algo “na maior medida possível”, levando em conta, para delimitar essa dimensão do possível, as realidades fáticas e jurídicas. Por essa razão, os princípios são considerados verdadeiros “mandamentos de otimização” e configuram a síntese dos valores inseridos no ordenamento jurídico.

Para Barroso (2001, p. 34), os princípios têm as seguintes atribuições: compendiar os valores que conformam determinada sociedade; dar unidade e harmonia ao sistema, viabilizando sua integração; guiar o intérprete, condicionando sua atividade.

A dignidade humana, pois, se configura como princípio jurídico que atua como fonte de direitos e deveres; como instrumento de interpretação do Direito, auxiliando a definição do seu sentido concreto; e como ferramenta na colmatação de possíveis lacunas no ordenamento jurídico.

³¹ Barroso e Mello, 2015, p. 59.

3.2 DIREITOS HUMANOS

Criação humana em constante construção, os direitos humanos são, segundo Flores (2002, p. 27), processos que viabilizam a abertura, consolidação e garantia de espaços de luta pela dignidade humana.

Observando sua construção histórica, é possível verificar que alguns dos movimentos que buscaram limites à soberania dos monarcas tiveram seus resultados consubstanciados em documentos, como é o caso da *Magna Charta Libertatum* de 1215, Carta de franquia³², que impediu o exercício do poder pleno, na medida em que submeteu o Rei João, da Inglaterra, e seus sucessores, ao primado da lei. Além disso, concedeu alguns direitos civis e garantias processuais, tais como a garantia da propriedade, a liberdade de locomoção, instituiu o devido processo legal e o livre acesso ao judiciário.

Também na Inglaterra foram editados o *Petition of Right*, de 1628, que, dentre outras imposições, exigia que os tributos fossem criados por ato do Parlamento; o *Habeas Corpus Act*, de 1679, que instituiu a garantia judicial da liberdade de locomoção; e o *Bill of Right*, de 1689, decisivo na definição da separação de poderes³³. Todos eles determinantes na construção dos direitos humanos, pois limitaram o poder real e abriram espaço para outras reivindicações.

Mesmo com todas as conquistas alcançadas por meio dessas declarações, antes da Idade Moderna³⁴ não se observa a existência de um conjunto de direitos conferidos a todas as pessoas, por isso, segundo Brandão (2014, p. 6), “o conceito de direitos humanos é um produto histórico do mundo moderno”.

As condições necessárias ao reconhecimento de direitos de titularidade de todos os seres humanos derivaram da conjugação de diversos fatores, tais como: o desenvolvimento da filosofia humanista e a adoção do antropocentrismo; o método cartesiano, reforçando a importância da demonstração e análise na busca da certeza; a Reforma e sua contribuição transversa para o início do processo de secularização; a ascensão da burguesia e a consequente mudança na estrutura de poder existente.

O documento tido como inaugural dos direitos humanos no continente europeu é a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, que, originada da Revolução

³² Canotilho, 2001, p. 180.

³³ Comparato, 2004, p. 74.

³⁴ Bobbio, 2004, p.9.

Francesa, foi inspirada na Revolução Americana³⁵, de 1776, e nos ideais iluministas (ONU, 1919). O documento defendia a igualdade; o Estado laico; o direito de associação política; o princípio da reserva legal, estabelecendo que ninguém seria obrigado a fazer alguma coisa sem expressa determinação em lei; o princípio da anterioridade, asseverando que a norma reguladora deveria ser anterior à conduta regulada³⁶; o estado de inocência, garantindo que a condição de culpado só se verificaria com o trânsito em julgado da sentença penal condenatória; e a livre manifestação do pensamento³⁷.

A Carta da ONU, de 1945, é outro documento importante rumo à consolidação dos direitos humanos. Consiste no tratado que criou as Nações Unidas, estabelecendo fundamentos jurídicos para atuação conjunta e permanente dos países membros. Três anos depois, em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).

Sobre a igualdade, garantia prevista de forma expressa no artigo segundo³⁸ da DUDH, Comparato (2004, p. 211) afirma,

Inegavelmente, a Declaração Universal de 1948 representa a culminância de um processo ético que, iniciado com a Declaração de Independência dos Estados Unidos e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, da Revolução Francesa, levou ao reconhecimento da igualdade essencial de todo ser humano em sua dignidade de pessoa, isto é, como fonte de todos os valores, independentemente das diferenças de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição, como se diz em seu artigo II. E esse reconhecimento universal da igualdade humana só foi possível quando, ao término da mais desumanizadora guerra de toda a História, percebeu-se que a ideia de superioridade de uma raça, de uma classe social, de uma cultura ou de uma religião, sobre todas as demais, põe em risco a própria sobrevivência da humanidade.

A concepção contemporânea³⁹ dos direitos humanos, introduzida pela DUDH, fez com que fosse empreendida uma busca pela efetivação da universalidade e da indivisibilidade desses direitos. Por essa nova compreensão, se reivindicava a universalidade, entendendo que a condição de pessoa é o único requisito exigível para ser titular de direitos humanos.

³⁵ “Tanto a declaração francesa quanto as americanas tinham como característica comum sua profunda inspiração jusnaturalista, reconhecendo ao ser humano direitos naturais, inalienáveis, invioláveis e imprescritíveis, direitos de todos os homens, e não apenas de uma casta ou estamento”. Sarlet, 2012, p. 65.

³⁶ No Direito Penal esses dois princípios se completam, de forma que não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena, sem prévia cominação legal.

³⁷ Malheiro, 2015.

³⁸ “Artigo 2º. Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Não será tampouco feita qualquer distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania”. (ONU, 1948)

³⁹ Piovesan, 2005, p. 41.

A luta pela garantia da indivisibilidade, por sua vez, era justificada na ideia de que, ao assegurar um grupo de direitos humanos (sejam eles civis, políticos, sociais, econômicos ou culturais), os demais estão sendo assegurados, pois quando um deles é violado, todos o são.

Sobre essa questão, leciona Héctor Gros Espiell (*apud* Piovesan, 2011, p.106):

“Só o reconhecimento integral de todos estes direitos pode assegurar a existência real de cada um deles, já que sem a efetividade de gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais, os direitos civis e políticos se reduzem a meras categorias formais. Inversamente, sem a realidade dos direitos civis e políticos, sem a efetividade da liberdade entendida em seu mais amplo sentido, os direitos econômicos, sociais e culturais carecem, por sua vez, de verdadeira significação. Esta ideia da necessária integralidade, interdependência e indivisibilidade quanto ao conceito e à realidade do conteúdo dos direitos humanos, que de certa forma está implícita na Carta das Nações Unidas, se compila, se amplia e se sistematiza em 1948, na Declaração Universal de Direitos Humanos, e se reafirma definitivamente nos Pactos Universais de Direitos Humanos, aprovados pela Assembleia Geral em 1966, e em vigência desde 1976, na Proclamação de Teerã, de 1968, e na Resolução da Assembleia Geral, adotada em 16 de dezembro de 1977, sobre os critérios e meios para melhorar o gozo efetivo dos direitos e das liberdades fundamentais”.

Diante do exposto, é possível entender os direitos humanos como “um conjunto mínimo de direitos necessários para assegurar uma vida do ser humano baseada na liberdade e na dignidade” (RAMOS, 2002, p. 11). O núcleo desses direitos, seu princípio axiológico e exegético, é, pois, a dignidade da pessoa (DUDH, 2014).

3.2.1 Teoria dimensional

Entendendo, conforme Clève (1993, p. 125), o indivíduo como cidadão e sujeito do seu tempo e lugar, os direitos humanos estão em constante transformação, sendo, pois, historicamente construídos. Nesse sentido afirma Bobbio (2004, p.9):

Do ponto de vista teórico, sempre defendi — e continuo a defender, fortalecido por novos argumentos — que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Das várias classificações utilizadas para catalogar os direitos humanos, a que prevalece contemporaneamente é a dimensional, uma nova forma de entender a teoria geracional.

A nomenclatura “gerações de direitos humanos” foi utilizada pela primeira vez por Karel Vasak, diretor do Instituto Internacional de Direitos Humanos, localizado em

Estrasburgo. Em conferência proferida em 1979⁴⁰, o jurista dividiu a conquista histórica de direitos em gerações e estabeleceu uma correlação entre elas e os valores expressamente preconizados pela Revolução Francesa. A primeira geração agrupa os direitos civis e políticos que estabelecem a *liberdade* do indivíduo perante o Estado (abstenção estatal); logo em seguida, compondo a segunda geração, os direitos econômicos, sociais e culturais, numa busca pela *igualdade* de todos (ação positiva do Estado); e, então, a afirmação dos direitos de solidariedade, relacionados à *fraternidade*, que objetivam a proteção dos interesses coletivos⁴¹.

Essa teoria, que passou a ser conhecida como geracional, foi difundida principalmente pelo trabalho do filósofo político italiano Norberto Bobbio⁴². Em sua concepção, os direitos humanos se afirmaram historicamente em quatro gerações⁴³.

A primeira congrega os direitos civis e políticos e tem como embrião a Magna Charta (Inglaterra, 1215). Fundamentados na liberdade, tais direitos pressupõem a igualdade formal perante a lei e consideram o sujeito abstratamente. Conformados de acordo com o paradigma do Estado liberal clássico, são também conhecidos como direitos de defesa e objetivam garantir a autonomia privada contra a ingerência estatal. Os direitos de primeira geração estabelecem, na maioria dos casos, um dever negativo do Estado, um não fazer, tendo em vista que o propósito aqui é limitar o seu poder.

Nas palavras de Fuhrmann (2013, p. 27),

À Constituição caberia apenas prever os direitos individuais, como o direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei, à liberdade da atividade econômica etc., e a organização do exercício do poder político, estabelecendo, desta forma, uma rígida separação entre o espaço da sociedade civil e a do Estado.

Por outro lado, A Revolução Industrial, caracterizada pelo desenvolvimento de novas tecnologias, outros meios de produção, que substituíram os métodos artesanais; o uso de máquinas e da energia a vapor, do carvão e de novos produtos químicos, e o aumento da produção, resultou na necessidade maior de mão de obra. Nesse período, os direitos de primeira geração, marcadamente individualistas, eram insuficientes para assegurar a proteção da dignidade humana, especialmente levando em consideração as condições de exploração às quais estavam sujeitas as pessoas que vendiam sua força de trabalho.

⁴⁰ Nesse sentido Lima, 2003; Piovesan, 1998; Fuhrmann, 2013.

⁴¹ Fuhrmann, 2013, p. 26.

⁴² Nesse sentido, Fuhrmann, 2013, p. 27 e Piovesan, 1998, p. 28.

⁴³ Bobbio, 2004, p. 9.

Nesse contexto, depois de significativa luta, os direitos sociais, econômicos e culturais, baseados na igualdade entendida em seu sentido material, foram conquistados. São os direitos humanos de segunda geração.

Sarlet (2012, p.65) ressalta que o uso da expressão social para adjetivar os direitos de segunda geração não se traduz em mudança do sujeito do direito, pois ele continua sendo a pessoa individual e não a coletividade. Seu uso se justifica no fato de que os direitos de segunda geração “podem ser considerados uma densificação do princípio da justiça social”, pois buscam corrigir desigualdades oriundas das condições econômicas e sociais⁴⁴.

Para assegurar esses direitos, ao contrário do que acontece com aqueles da primeira geração, o Estado deve agir, pois eles, na maioria das vezes, têm uma natureza positiva, predominando sua eficácia prestacional.

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, o surgimento de novas necessidades demonstrou que a ação isolada voltada à proteção individual do sujeito era ineficiente no seu papel assecuratório da dignidade, assim, a terceira dimensão dos direitos humanos engloba os direitos de solidariedade/fraternidade, identificados com os interesses difusos e coletivos ou transindividuais, assim entendidos o direito ao desenvolvimento, à paz e ao meio ambiente.

Neste conjunto, o sujeito do direito fundamental deixa de ser a pessoa individual, pois os direitos de terceira geração objetivam tutelar os interesses do gênero humano. Nas palavras de Luño (1991, p. 215)

Es necesario reconocer a la generalidad de los ciudadanos la legitimación para defenderse de aquellas agresiones a bienes colectivos o intereses difusos que, por su propia naturaleza, no pueden tutelarse bajo la óptica tradicional de la lesión individualizada.

Por sua vez, o avanço científico e tecnológico vivenciado nas últimas décadas traz à tona a discussão de novas dimensões de direitos humanos⁴⁵. A quarta dimensão, apontada por Bobbio (2004, p. 9), abarca o direito de manipulação genética, relacionado à biotecnologia e bioengenharia. São questões que exigem uma discussão ética prévia.

A teoria geracional não está imune a críticas. E a mais comum delas tem caráter terminológico e se refere ao uso da expressão gerações⁴⁶. Entendendo que o contínuo processo de reconhecimento de novos direitos gera a sobreposição deles e não a sua substituição, a

⁴⁴ Bobbio, 2000, p. 78.

⁴⁵ Para Bonavides (2004 p. 572) são direitos de quarta geração o direito à democracia, à informação e ao pluralismo.

⁴⁶ Nesse sentido Trindade apud Sarlet, 2012, p.36; Sarlet, 2012, p. 28; Marmelstein, 2014, p. 57; Schäfer, 2013, p. 39.

maioria dos pesquisadores⁴⁷ prefere usar o termo dimensões, passando a denominar a teoria dimensional.

As dimensões agrupam direitos em processo de cumulação e expansão⁴⁸ que se relacionam intrinsecamente, pois são interdependentes. Sobre isso, Guerra Filho (1999, p. 40) afirma,

Mais importante que os direitos “gestados” em uma geração, quando aparecem em uma ordem jurídica que já traz direitos da geração sucessiva, assumem outra dimensão, pois os direitos de geração mais recente tornando-se um pressuposto para entendê-los de forma mais adequada e, conseqüentemente, também para melhor realizá-los. Assim, por exemplo, o direito individual de propriedade, num contexto em que se reconhece a segunda dimensão dos direitos fundamentais, só pode ser exercido observando-se sua função social, com o aparecimento da terceira dimensão, observando-se igualmente sua função ambiental.

Todos esses direitos, a partir do movimento de internacionalização iniciado no final da Segunda Guerra Mundial, passaram a ter uma abrangência geográfica supranacional, adquirindo caráter de direito internacional⁴⁹. Essa internacionalização pode ser percebida ao se observar a grande produção científica e normativa internacional (declarações, convenções, pactos e tratados) em defesa dos direitos humanos, assim como o incremento na criação de instituições e mecanismos internacionais para sua promoção e tutela⁵⁰.

3.3 DIREITOS FUNDAMENTAIS

Embora haja divergência entre os autores acerca da questão terminológica⁵¹, é preciso assentar que neste trabalho as expressões direitos humanos e direitos fundamentais identificam significados diferentes. Essa distinção pode ser feita com o auxílio de dois critérios: o espacial e o da sua efetivação.

Por meio do critério espacial, são entendidos como direitos fundamentais aqueles consubstanciados no texto constitucional, portanto, institutos jurídicos de direito interno. O modelo liberal de constituição foi delineado na França pós-Revolução e pelo ideário burguês. A constituição, por sua vez, deveria ser escrita e, em seu conteúdo, trazer de forma expressa a garantia de direitos e a separação de poderes, como disposto na Declaração dos Direitos do

⁴⁷ Esse é o entendimento de Bonavides, 2004, p. 525.

⁴⁸ Sarlet (2013, p. 28).

⁴⁹ Piovesan (1998, p. 48).

⁵⁰ Nesse sentido Dimoulis e Martins, 2014, p. 28.

⁵¹ Sobre as diversas posições, ver Sarlet, 2012, p. 16-19; Luño, 1988, p. 20 e 21.

Homem e do Cidadão⁵² (ONU, 1919). Esse foi o modelo difundido à época, e, ao respeitar os requisitos mínimos ali previstos, estavam sendo positivadas, no ordenamento jurídico de cada Estado, regras de direitos humanos (garantia de direitos e separação de poderes).

Essa é a origem dos direitos fundamentais, assim entendidos como aqueles incorporados ao texto constitucional. É o que Canotilho (1993, p. 499) denomina de fundamentalidade formal, pois coloca, no âmbito interno, a norma de direitos humanos em nível de norma constitucional, vinculando o poder estatal a sua aplicação e defesa.

Já os direitos humanos, de acordo com o critério espacial, são considerados como institutos jurídicos de direito internacional, reconhecem o ser humano como tal e a existência desses direitos não guarda vinculação com dada ordem constitucional, portanto, pretendem ter validade universal para todos os povos e tempos⁵³.

O segundo critério diz respeito ao grau de efetivação dos direitos. Fazendo uma comparação, os direitos fundamentais têm maior grau de efetivação, especialmente em razão da “existência de instâncias dotadas de poder⁵⁴” para fazer com que esses direitos sejam respeitados⁵⁵.

Feita essa distinção, é importante tratar do conceito de direitos fundamentais. Inicialmente definidos através de um enfoque subjetivo, consistiam em pretensões que a pessoa poderia exigir do Estado em decorrência de sua previsão no direito positivado de sua presença na ordem jurídica.

A teoria constitucional contemporânea, a partir das formulações de Smend,⁵⁶ passou a vislumbrar a concepção objetiva dos direitos fundamentais. Ao extrapolar a relação titular-Estado, os direitos fundamentais passam a normas de conteúdo indeterminado e aberto, compondo o ápice do conjunto normativo como direito constitucional de cúpula (verticalidade), não pertencendo assim, nem ao Direito Público, nem ao Direito Privado, mas irradiando por todo o ordenamento jurídico (horizontalmente).

Sob esse aspecto, tais direitos refletem os valores compartilhados pela sociedade, promovendo, assim, sua integração. Nessa perspectiva, representam a base do ordenamento jurídico de um Estado de Direito democrático⁵⁷.

⁵² De 1789.

⁵³ Sarlet, 2012, p.17.

⁵⁴ Dentre as quais se destaca o Judiciário. Sarlet, 2012, p.35-40.

⁵⁵ Para Luño (1988, p. 47 e 48) o critério mais adequado para essa diferenciação é o da concreção positiva. O conceito de direitos humanos é mais amplo e pouco preciso, enquanto que o de direitos fundamentais é definido em razão de consistir num conjunto de direitos garantidos pelo Estado.

⁵⁶ Nesse sentido Maia, 2010, p. 26-28; Sarmento, 2004, p. 26-28.

⁵⁷ Mendes, 2004, p.2.

Nas palavras de Carvalho (2006, p.21):

Podemos afirmar que os direitos fundamentais constituem um reforço para a legitimação de regimes políticos, isto porque, quanto mais um Estado legitima tais direitos, mais adquire legitimidade perante a comunidade internacional e constitui um espaço no qual realmente a população efetiva a participação no contexto social⁵⁸. Vale destacar a noção de que a liberdade e a dignidade da pessoa humana são os pressupostos básicos que esses direitos devem alcançar.

Apesar das distinções entre direitos humanos e fundamentais, eles não se excluem, pelo contrário, estão intimamente relacionados na medida em que têm o mesmo alicerce e justificativa moral, qual seja, a dignidade da pessoa.

Dentre as várias propostas para a classificação dos direitos fundamentais, destaca-se a apresentada por Sarlet (2012, p.121), que, na esteira do pensamento de Alexy (2008, p.193-203), parte da função exercida pelos direitos para dividi-los em direitos de defesa e direitos prestacionais.

Os direitos fundamentais, de acordo com a concepção Liberal, equivalem a direitos de defesa ou resistência contra a interferência do Estado na esfera privada. Caracterizam-se como direitos subjetivos que permitem ao seu titular refrear as investidas indevidas do Estado, exigindo, assim, uma abstenção dos poderes públicos. Isso não significa a exclusão do Estado, mas a regulamentação da sua ingerência, que passa a ficar condicionada à presença de pressupostos previstos no ordenamento jurídico.

A função defensiva dos direitos fundamentais pode ser analisada sob três aspectos⁵⁹: a) direito a que o Estado não impeça ou dificulte a prática de determinados atos, como por exemplo, a livre manifestação de crença; b) direito à não intervenção dos entes públicos em situações jurídico-subjetivas (características ou situações do titular do direito), como é o caso da inviolabilidade do domicílio e das correspondências; c) direito à não eliminação de certas posições jurídicas, como a não supressão da propriedade privada.

Integram esse grupo de direitos fundamentais os caracterizados como de primeira dimensão (as liberdades fundamentais). Reconhecidos nas primeiras declarações de direitos, também estão incluídos os direitos de igualdade, pois protegem o indivíduo de “ingerências causadas por tratamento discriminatório, gerando, em consequência, um direito subjetivo de defesa contra toda e qualquer agressão ao princípio da igualdade⁶⁰”.

⁵⁸ Nesse sentido, Luño (1988, p.19) destaca: “Hay un vínculo genético y funcional, entre el Estado de Derecho y los derechos fundamentales, ya que el Estado de Derecho exige e implica para serlo garantizar los derechos fundamentales, mientras que éstos exigen e implican para su realización al Estado de Derecho”.

⁵⁹ Nesse sentido Canotilho, 1993, p.537 e Alexy, 2008, p.196.

⁶⁰ Sarlet, 2012, p. 122.

Além da não intervenção no âmbito da liberdade dos indivíduos, concerne ao Estado a criação de condições e disponibilização de meios que possibilitem o efetivo exercício dos direitos prestacionais ou, nas palavras de Sarlet (2012, p.312):

[...] a garantia não apenas da liberdade-autonomia (liberdade perante o Estado), mas também da liberdade por intermédio do Estado, partindo da premissa de que o indivíduo, no que concerne à conquista e manutenção de sua liberdade, depende em muito de uma postura ativa dos poderes públicos.

Tais direitos exigem uma conduta positiva do Estado, que se encontra obrigado a colocar, à disposição dos indivíduos, prestações de natureza jurídica e fática, no intuito de melhorar suas condições de vida. Tais prestações podem ser divididas em duas espécies: as materiais (ações fáticas positivas); e as normativas (ações normativas positivas).

As primeiras compreendem tanto a oferta de bens ou serviços a pessoas que não podem adquiri-los (educação, saúde), quanto à prestação universal de serviços monopolizados pelo Estado (segurança pública). As prestações normativas, por sua vez, consistem na criação de normas jurídicas que tutelam interesses individuais, como no caso da norma que estabelece férias remuneradas para os trabalhadores.

Depois de diferenciar e classificar os direitos fundamentais de primeira e segunda dimensões, Pivetta (2014, p. 39) adverte:

[...] Essa divisão não permite a conclusão de que os chamados direitos de primeira dimensão funcionariam exclusivamente como direitos de defesa, enquanto os direitos de segunda dimensão funcionariam apenas como direitos a prestações. Isso porque, ainda que seja possível identificar a eficácia predominante (defensiva ou prestacional), os direitos sociais podem assumir uma dimensão defensiva, assim como os direitos de liberdade podem assumir uma dimensão prestacional.

Na classificação apresentada, que tem como ponto de análise a função exercida pelos direitos fundamentais, os direitos sociais, agrupados na segunda dimensão, são considerados predominantemente prestacionais.

3.3.1. Direitos sociais

A partir do século XVIII, com as revoluções liberais (norte-americana e francesa) e a conseqüente ascensão da burguesia, a igualdade de todos perante a lei ganhou destaque e passou a compor a base de sustentação do novo regime. Daí em diante as leis não poderiam estabelecer desigualdades e nem ser aplicadas em desconformidade com o princípio da isonomia.

Não obstante, nessa versão da igualdade, o objetivo era a aplicação do comando legal sem aferições sobre qualidades ou atributos dos destinatários da norma; consistia na

equiparação de indivíduos com características diferentes, pressupondo que todos eles estariam aptos para prover sua subsistência. Mas isso não aconteceu.

A industrialização e suas consequências, como o acelerado êxodo rural, o crescimento desordenado das cidades e as condições degradantes de trabalho às quais eram submetidos os operários, demonstraram que o Estado liberal absenteísta e as liberdades estabelecidas nos direitos humanos de primeira dimensão não eram suficientes para garantir uma vida digna às pessoas.

Nesse contexto, emergiram movimentos importantes na busca da materialização da liberdade e da igualdade. Segundo Sarmiento (2004, p.17),

Neste cenário, surgem, dos mais variados flancos, críticas ao liberalismo econômico, sob cuja égide se criara e se nutria o capitalismo selvagem. O marxismo, o socialismo utópico e a doutrina social da Igreja, sob perspectivas diferentes, questionavam o individualismo exacerbado do constitucionalismo liberal. Para o marxismo, os direitos humanos do liberalismo compunham a superestrutura ligada à dominação econômica exercida pela burguesia sobre o proletariado. Eram uma fachada, que visava conferir um verniz de legitimidade a uma relação de exploração, que só teria fim com a implantação do comunismo e o fim das classes sociais. [...] O socialismo utópico, de pensadores como Charles Fourier, Robert Owen e Louis Blanc, também questionava o liberalismo, considerando-o incapaz de resolver a questão social, mas não propunha, como solução, que os proletários tomassem o poder pela força, parecendo acreditar na possibilidade de convencimento da burguesia da necessidade de promoção de reformas sociais. [...] Já a doutrina social da Igreja, embora discordando radicalmente da ideia marxista de luta de classes, abria-se para a questão operária, defendendo a instituição de direitos mínimos para o trabalhador, a partir da Encíclica *Rerum Novarum*, do Papa Leão XIII, editada em 1891.

A Revolução Industrial e o aparecimento do proletariado, sua condição de subordinação à burguesia, os movimentos reivindicatórios e o pensamento antiliberal fizeram com que surgissem outras relações e, como consequência delas, a busca pelo reconhecimento e tutela de novos direitos⁶¹.

Fato é que o esgotamento do modelo liberal e a incontestável incapacidade dos direitos de liberdade de conter os conflitos crescentes no âmbito social fez com que fossem positivados direitos fundamentais de uma nova dimensão, apresentada sinteticamente no seguinte rol: direito ao trabalho e sua proteção (remuneração justa, condições dignas, organização sindical e greve); direito à previdência social; direito à cultura e ao lazer; direito à educação e à saúde.

Contextualizando a transição entre a primeira e a segunda dimensão de direitos fundamentais Canotilho (2002, p. 385) afirma:

⁶¹ Esses direitos foram resumidos por Lafer em um único, o direito de participar do bem-estar social, assim entendido como o conjunto de bens que os homens, coletivamente, acumularam ao longo do tempo. (2006, p. 127)

Se o capitalismo mercantil e a luta pela emancipação da “sociedade burguesa” são inseparáveis da consciencialização dos direitos do homem, de feição individualista, a luta das classes trabalhadoras e as teorias socialistas (sobretudo Marx, em “A Questão Judaica”) põem em relevo a unidimensionalização dos direitos do homem “egoísta” e a necessidade de completar os tradicionais direitos do cidadão burguês pelos direitos do “homem total”, o que só seria possível numa nova sociedade. Independentemente da adesão aos postulados marxistas, a radicação da ideia da necessidade de garantir o homem no plano econômico, social e cultural, de forma a alcançar um fundamento existencial-material, humanamente digno, passou a fazer parte do patrimônio da humanidade.

Dentre as Constituições que reconheceram os direitos sociais e econômicos, têm destaque, como marcos iniciais, a Constituição do México de 1917 e a Constituição de Weimar de 1919.

A Carta Política mexicana foi a primeira a garantir um significativo conjunto de direitos sociais. Atribuiu aos direitos trabalhistas a qualidade de direitos fundamentais; estabeleceu a “desmercantilização da força de trabalho”, proibindo que ela fosse equiparada às mercadorias; concretizou a igualdade jurídica substancial entre trabalhadores e empresários⁶²; aboliu o caráter absoluto da propriedade privada, vinculando o exercício desse direito ao bem comum e, dessa forma, abriu caminho para a estruturação do Estado Social de Direito⁶³.

Em 1919⁶⁴, com a Constituição de Weimar,⁶⁵ foi instituída a primeira república alemã. Nessa Carta Política, a democracia social apresentada na Constituição mexicana foi melhor estruturada, chegando a servir de modelo, depois da Segunda Guerra Mundial, para outros países. Em seus dispositivos destacou-se a concretização da igualdade material, fixando a distinção entre diferenças e desigualdades⁶⁶; atribuiu-se ao Estado o dever fundamental de educação escolar; usando como parâmetro a dignidade humana, limitou a liberdade de mercado; regulamentou o exercício do direito à propriedade e reconheceu os direitos trabalhistas e previdenciários como direitos fundamentais⁶⁷.

⁶² Expôs e tornou ilegal a abusiva exploração mercantil da força de trabalho, justificada anteriormente pela liberdade de contratar.

⁶³ Comparato, 2005, p. 128.

⁶⁴ No período de tempo compreendido entre as Constituições mexicana e de Weimar, eclodiu a Revolução Russa. Em janeiro de 1918, durante a Primeira Guerra Mundial, foi promulgada Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado que, dentre outras coisas, estabeleceu o trabalho como dever obrigatório para todos e aboliu a propriedade privada (Dimoulis e Martins, 2006, p. 32 e 33).

⁶⁵ A constituição recebeu o nome da cidade onde foi elaborada e votada.

⁶⁶ As primeiras, biológicas ou culturais, não implicam em relações de superioridade, enquanto que as segundas, criadas arbitrariamente, estabelecem relações de inferioridade, razão pela qual devem ser evitadas. Comparato, 2005, p.138.

⁶⁷Comparato, 2005, p.138.

No Brasil, verificando o desenvolvimento histórico constitucional dos direitos sociais, algumas constituições se destacaram. Influenciada pelas constituições mexicana, de Weimar e da Espanha (1931), a Constituição Brasileira de 1934 inaugurou a fase do constitucionalismo social no Brasil, assegurando *status* constitucional aos direitos e garantias trabalhistas: incorporou o salário mínimo; estabeleceu regras sobre a jornada de trabalho; repouso semanal e férias remuneradas; assistência médica sanitária aos trabalhadores; e previdência social.

A Constituição de 1946, promulgada num período de redemocratização, restabeleceu o equilíbrio entre os poderes, sistematizou melhor os direitos sociais e determinou que a ordem econômica fosse organizada conforme os princípios da justiça social, conciliando a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano.

A contribuição da Constituição de 1967, quanto ao reconhecimento dos direitos sociais foi modesta. Definiu-se que a União estabeleceria planos nacionais de saúde e assegurou aos trabalhadores assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.

Apesar dessa longa construção, somente com Constituição de 1988 os direitos sociais foram consagrados, estabelecendo que esses direitos humanos se configurassem, também, como direitos fundamentais. Em seu art. 6.º, a Carta oferece um elenco amplo desses direitos: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, maternidade, infância e assistência aos desamparados⁶⁸. Nos artigos seguintes, enumeram-se os direitos dos trabalhadores, a liberdade sindical e o direito de greve são regulamentados. No Título VIII, que trata de forma específica da ordem social, direitos como a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) a educação, a cultura, o desporto e o cuidado destinado à infância, ao adolescente e ao idoso também são regimentados.

É relevante observar que essa distribuição de artigos, conhecida por topografia constitucional, não é critério definidor da fundamentalidade de um direito. Assim, é possível verificar a presença de direitos fundamentais em todo o texto constitucional⁶⁹. Não é demais enfatizar que inexistente hierarquia entre direitos fundamentais de dimensões diferentes, prevalecendo a tese da indivisibilidade e interdependência dessas dimensões.

Sobre a relevância dos direitos sociais, Bonavides (2004, p. 642) afirma:

⁶⁸ Constituição Federal, art. 6.º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

⁶⁹ Art. 5.º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...] § 2.º. Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

A observância, a prática e a defesa dos direitos sociais, a sua inviolável contextura formal, premissa indeclinável de uma construção material sólida desses direitos, formam hoje o pressuposto mais importante com que fazer eficaz a dignidade da pessoa humana nos quadros de uma organização democrática da Sociedade e do Poder.

Do conjunto dos direitos sociais merece destaque, em razão da sua importância para este trabalho, o direito à saúde

3.3.1.1 Direito à saúde

Para melhor compreensão do que se entende por direito à saúde é mister inteirar-se do conceito de saúde e seu caminho evolutivo⁷⁰.

Hipócrates (século IV a.C.), já fazia alusão à influência da cidade e do modo de vida das pessoas sobre a saúde humana. Nesse mesmo sentido sinalizou Paracelso (século XVI), demonstrando a importância do mundo exterior para a compreensão do organismo humano. Da análise das condições de vida e trabalho dos operários ingleses, Engels (século XIX) concluiu que o ambiente também é responsável pelo nível de qualidade da saúde das pessoas⁷¹.

Não obstante, no início do século XVIII, a doença era considerada um elemento da natureza como outro qualquer. Nesse contexto, a medicina classificatória se desenvolveu, agrupando as doenças em um sistema, que tinha nos sintomas o parâmetro para a divisão e organização das espécies. Como essa construção teórica não apresentou solução às frequentes epidemias que assolavam as cidades que cresciam desordenadamente em razão da industrialização, foi substituída pelo modelo biomédico. Com o advento da clínica moderna, o hospital deixou de ser um lugar de exercício da caridade e de exclusão, para onde eram encaminhados os doentes e miseráveis, e passou a ser local de cura.

Influenciado pelo pensamento cartesiano e pela anatomia patológica, o novo sistema teórico, caracterizado pelo enfoque biológico, individual e mecanicista, passou a explicar as manifestações a partir da observação das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Segundo Batistella (2004, p. 58),

À medida que todos os esforços de investigação se concentravam na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado, ou, na melhor das hipóteses, era secundarizado, uma vez que seu entendimento esteve sempre implícito como a 'não-doença' [...].

⁷⁰ Scliar, 2007 e Dallari, 1988.

⁷¹ Dallari, 1988, p. 58.

Somente depois do segundo pós-guerra e do reconhecimento da saúde como um direito humano foi possível construir um entendimento no sentido de que a promoção da saúde dependia de um conjunto de fatores, dentre eles a decisiva influência do meio⁷².

Nessa perspectiva, o conceito de saúde foi assim apresentado no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 22 de julho de 1946⁷³: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença⁷⁴ ou de enfermidade.” (OMS, 1946, s.p.).

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado na cidade de Alma-Ata (antiga URSS), foi cunhado um novo conceito:

A saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978, s.p.).

Apesar de algumas críticas, especialmente quanto a sua amplitude e consequente dificuldade de efetivação, esse conceito foi mantido. Ademais, é esse o entendimento adotado pelo ordenamento jurídico brasileiro, como se percebe na Lei n. ° 8.080/1990⁷⁵:

Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 18055).

Historicamente, a busca da caracterização da saúde como um direito remonta ao contexto da Revolução Industrial. Para Pivetta (2014, p.18),

A proteção da saúde dos trabalhadores, nesse contexto, se mostrava como essencial à manutenção da produtividade das fábricas, além de evitar que as moléstias se alastrassem também entre os patrões. Havia, portanto, uma pressão por parte da própria elite econômica de que o Estado assumisse a posição de garante da saúde pública.

⁷² Berlinguer, 1987, p. 59.

⁷³ A OMS, no entanto, só foi realmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos.

⁷⁴ Retornando, de alguma forma, ao pensamento de Hipócrates, Paracelso e Engels.

⁷⁵ Lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Não obstante, foi no segundo pós-guerra que a responsabilidade do Estado nessa matéria foi ampliada. A DUDH, em seu artigo 25,⁷⁶ estabeleceu a saúde e assistência médica como serviços sociais imprescindíveis. Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966) definiu, em seu artigo 12, que a pessoa tem o direito de usufruir do mais alto grau de saúde física e mental. Em 1989, a Convenção Americana de Direitos Humanos trouxe nova referência ao direito à saúde. Todos esses documentos internacionais foram ratificados pelo Brasil e incorporados ao ordenamento jurídico pátrio.

No plano do direito interno, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira a incluir a saúde expressamente no rol dos direitos fundamentais. O artigo 6º trouxe a previsão genérica e a regulamentação específica foi estabelecida no Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde. O artigo 196 (BRASIL, 1988, p. 1), que inaugura a seção específica, assevera que:

[S]aúde 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.

Na ordem constitucional pátria, a fundamentalidade do direito à saúde está presente em seu duplo aspecto, o formal e o material.

O primeiro aspecto decorre do direito constitucional positivo. Por integrar o texto constitucional, os direitos fundamentais ocupam posição de normas de superior hierarquia axiológica. Em razão dessa posição e do seu conteúdo, as alterações das normas definidoras desses direitos encontram limites formais e materiais. Além disso, por força do artigo quinto, parágrafo primeiro da Constituição, essas normas têm aplicação imediata⁷⁷.

Quanto ao segundo aspecto, o material, a fundamentalidade se justifica dada a importância do bem jurídico tutelado, diante da relevância da saúde como pressuposto à manutenção da vida digna, para fruição dos outros direitos⁷⁸.

No direito à saúde, como direito fundamental social, portanto, de segunda dimensão, predomina a eficácia prestacional, um agir do Estado, como acontece na vigilância sanitária ou na estruturação de ações e serviços de saúde. Mas também é possível vislumbrar a dimensão

⁷⁶ “Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou em outros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”.

⁷⁷ Sarlet, 2007, p. 3.

⁷⁸ Idem.

defensiva, que impede uma intervenção indevida na esfera privada, seja do Estado, seja de particulares, restando garantida a autonomia.

É importante ressaltar que a Constituição Federal alterou significativamente a estrutura de saúde pública. Além de ampliar o acesso, adotando o princípio da universalidade, estabeleceu que a rede responsável pelas ações e serviços públicos de saúde é regionalizada, hierarquizada e constitui um sistema único.

Esse Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei n.º 8.080/1990,⁷⁹ e foi concebido 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. É importante ressaltar que à iniciativa privada é permitida a participação, desde que se dê em caráter complementar.

Paim (2009, p. 29) afirma que o SUS pode ser considerado

(...) uma política de saúde de natureza 'macro-social' derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde.

Nesse sentido, o SUS é orientado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Segue-se um esclarecimento sucinto sobre esses três princípios assinalados:

a) Universalidade: O Padrão de proteção social brasileiro foi consideravelmente modificado com a Constituição Federal de 1988, indicando um modo de organização mais igualitário e universal⁸⁰. Para Marques (2007, p.41),

Na segunda metade da década de 1980, a discussão e a elaboração de uma nova Constituição mobilizaram totalmente as atenções da nação, pois estava em jogo a definição das bases que iriam sustentar o desenvolvimento do novo regime. Entre essas bases, a questão social assumia importância ímpar, pois se fazia necessário resgatar a enorme dívida social herdada do período militar. Com esse propósito, os constituintes escreveram na Constituição de 1988 a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas garantias foram objeto de capítulo específico – o da Seguridade Social, simbolizando o rompimento com o passado.

Nesse momento, em que se consolidava o regime democrático no Brasil delineou-se a redefinição do direito à saúde. Parte do ideário da Reforma Sanitária foi corporificada no texto

⁷⁹ Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços respectivos.

⁸⁰ Nunes, 2014, p. 155.

constitucional⁸¹, a exemplo da afirmação da universalidade, declarando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, como forma de garantir esse direito, foi criado o SUS, sistema público de acesso não discriminatório às ações e serviços de saúde.

b) Equidade: Em um sentido mais amplo⁸², equidade se refere à igualdade, que erigida a princípio constitucional⁸³, proíbe qualquer espécie de discriminação. Segundo Sarlet (2004, p.89), esse princípio “(...) encontra-se diretamente ancorado na dignidade da pessoa humana, não sendo por outro motivo que a Declaração Universal da ONU consagrou que todos os seres humanos são iguais em dignidade e direitos”.

Não obstante, entendendo a humanidade sob o signo da diversidade, por vezes não é possível ou mesmo pertinente, tratar as pessoas de forma idêntica. Nesse sentido Mello (1993, p.10 e 11),

O princípio da igualdade interdita tratamento desuniforme às pessoas. Sem embargo, consoante se observou, o próprio da lei, sua função precípua, reside exata e precisamente em dispensar tratamentos desiguais. Isto é, as normas legais nada mais fazem que discriminar situações, à moda que as pessoas compreendidas em umas ou em outras vêm a ser colhidas por regimes diferentes. Donde a algumas são deferidos determinados direitos e obrigações que não assistem a outras, por abrigadas em diversa categoria, regulada por diferente plexo de obrigações e direitos⁸⁴.

Assim, o tratamento destinado às crianças e adolescentes, por exemplo, não se iguala em prerrogativas e obrigações, àquele que é dirigido aos adultos. Para Bobbio (2004, p. 312) a “desigualdade de tratamento corresponde a um reconhecimento da desigualdade de situação”. Essa diferenciação não arbitrária nasce exatamente da busca de um valor, qual seja a justiça.

Nesse contexto se apresenta o princípio da equidade, em seu sentido mais específico, adequando à vida real a generalidade das normas jurídicas. Ou, nas palavras de Campos (2006, p. 25), nessa acepção, a equidade consiste em “deduzir-se que a construção da justiça e da igualdade implica no reconhecimento das diferenças e no tratamento dessas diferenças de forma distinta, ainda que sempre guardando uma referência às normas genéricas”.

A operacionalização da equidade, diante da “pluralidade e da diversidade da condição humana⁸⁵”, visa prover a cada um conforme as suas necessidades⁸⁶.

⁸¹ Mattos, 2009, p. 777-779.

⁸² Campos, 2006, p. 23-32.

⁸³ Constituição Federal, art. 5º "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, a segurança e a propriedade (...)”.

⁸⁴ Compartilhando o mesmo entendimento Kelsen (1998, p. 99).

⁸⁵ Matta, 2007, p. 69.

⁸⁶ Perelman, 1996, p. 156-168.

c) Integralidade: No pós-guerra, a saúde pública estava voltada basicamente para as campanhas de vacinação, e o hospital, local de concentração dos recursos profissionais, operacionais e tecnológicos, passou a ser o centro da assistência médica. Com o desenvolvimento científico e tecnológico, o cuidado tornou-se cada vez mais especializado, com reflexos diretos na organização do ensino e conhecimento em saúde (Falleiros; Paiva; Pires-Alves, 2003, p. 166-167).

Nesse contexto, entre 1940 e 1960, surgiram movimentos de oposição ao ensino médico fragmentário, que privilegiava as especialidades, resumindo o paciente a um conjunto de órgãos e sistemas, reduzindo a pessoa e o processo de adoecimento à dimensão biológica, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. Entre esses movimentos teve destaque a medicina integral, que, no bojo das suas críticas, propôs reformas nos currículos dos cursos de medicina com o intuito de formar profissionais que fossem capazes de ver o paciente de forma integral.

Assim, segundo Costa (2004, p. 11-12), “[...] o discurso inaugural da integralidade abarca um conjunto de atitudes éticas e técnicas desejáveis para os médicos relacionadas à sua possibilidade de compreensão e apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos”.

Atualmente, a integralidade na saúde, segundo Mattos (2001, p. 39-64), pode ser analisada sob os seguintes aspectos:

I - Forma de configurar políticas específicas de saúde das quais resultem a reunião das possibilidades assistenciais e preventivas, voltadas para atender a certos problemas de saúde ou necessidades de grupos específicos de pessoas.

É importante salientar que a assistência parte da demanda do paciente que vive uma experiência individual de sofrimento, ao passo que a prevenção decorre do conhecimento do profissional, sem demanda do paciente, de forma que essa atuação deve ser cautelosa, em razão da medicalização,⁸⁷ e sempre em busca de assegurar o direito à saúde. Nesse aspecto, a integralidade é característica da boa medicina, consistente no uso prudente do conhecimento sobre a doença, associado ao entendimento do conjunto complexo de necessidades dos pacientes.

Ao tratar dos projetos terapêuticos, Mattos (2004, p. 46) acrescenta:

Na perspectiva da integralidade, eles emergem do diálogo (e porque não falar, da negociação) entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de

⁸⁷ “[...] Processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social. Nesse sentido a medicina preventiva é altamente medicalizante, pois estende as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para regular aspectos da vida social.” (Mattos, 2001, p. 46)

saúde. A característica chave para a existência desse diálogo é a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Compreensão que envolve por parte dos profissionais o esforço de selecionar num encontro os elementos relevantes para a elaboração do projeto terapêutico, tanto os evocados por ele com base em seus conhecimentos, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos.

II - Modo de organizar as práticas de saúde, caracterizado pela busca continuada na ampliação dos meios para perceber as necessidades de um grupo populacional, portanto, horizontalizadas, capazes de articular demanda espontânea e programada do serviço.

III - Configurações de políticas especiais capazes de enfrentar determinado problema de saúde, ou os problemas que afligem um grupo populacional específico, sem que isso leve à descontextualização desses sujeitos. Outra feição importante desse aspecto consiste na articulação, nessas políticas especiais de ações voltadas à prevenção e à assistência, como acontece, por exemplo, no caso da AIDS.

Com base no alicerce dos princípios apresentados, o SUS deve se organizar de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; regionalização e hierarquização e participação popular.

a) Descentralização: Compatível com a estrutura de um Estado Federativo, a descentralização corresponde à distribuição de poder, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. A regulamentação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns, bem como o papel e as responsabilidades de cada uma das esferas do governo, na organização e operacionalização do sistema, com vistas à efetivação do direito à saúde.

b) Regionalização e hierarquização: A organização do sistema deve ter como norte a noção de território, uma vez que ali se determinam os perfis populacionais, os indicadores epidemiológicos, as condições de vida e suporte social que devem conduzir as ações de saúde. Assim, quanto mais perto da população, mais eficaz será a identificação das necessidades e o acesso às ações.

A rede de ações e serviços de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, deve ser organizada de acordo com a demanda identificada, desde a promoção e prevenção até as ações de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internações e cirurgias.

c) Participação social: Coerente com a construção histórica do SUS, a participação e o controle popular, exercido por meio dos conselhos e das conferências de saúde, tem importância reconhecida para a consolidação do sistema e para o desenvolvimento da democracia no País.

3.4 CAMPO DIREITO E SAÚDE

Conforme foi apresentado nesse capítulo, a saúde é um direito humano e fundamental de segunda dimensão. Como direito social, é caracterizado por ser predominantemente prestacional, motivo pelo qual sua eficácia exige do Estado uma postura ativa, competindo à administração pública a criação e implementação das políticas prescritas na Constituição e nas normas infraconstitucionais.

Assim, para assegurar a efetividade do direito à saúde, o Estado deve definir políticas públicas que, nas palavras de Bucci (2002, p. 241), são “[...] programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”.

No Estado de Direito, como orienta Dallari (2003, p. 48), a função administrativa está subordinada ao princípio da supremacia do interesse público e este, por conseguinte, é definido nas leis que, em última análise, representam a vontade da sociedade. Por isso, continua a autora, o administrador público, atuando na área da saúde, deve ter como guia, no exercício da sua função, a legislação.

O estudo da saúde pública, na divisão didática da ciência jurídica, coube ao Direito Administrativo, que é conceituado por Moreira Neto (2014, p.106) como:

[...] o ramo do Direito Público que estuda os princípios, regras e institutos que regem as atividades jurídicas do Estado e de seus delegados, as relações de subordinação e de coordenação delas derivadas e os instrumentos garantidores da limitação e do controle de sua legalidade, legitimidade e moralidade, ao atuarem concreta, direta e imediatamente, na prossecução dos interesses públicos, excluídas as atividades de criação da norma legal e de sua aplicação judiciária contenciosa.

Dada a importância do tema saúde pública e da necessidade de uma atenção específica em razão das demandas e características próprias, o Direito Administrativo se especializou num sub-ramo denominado Direito Sanitário.

Depois de analisar alguns conceitos desse ramo do direito, Dias (2003, p. 4) afirma:

É evidente que todo o DIREITO SANITÁRIO gira em torno de um núcleo conceitual unitário, como é o da tutela da saúde, entendida desde a sua acepção mais ampla. Consequentemente, há que reconhecer que existe uma unidade interna da normativa que gira sobre o termo saúde pública. Desse modo, o DIREITO SANITÁRIO vem reconhecendo como o conjunto de normas jurídicas que disciplinam as ações de saúde que objetivam a tutela da saúde pública dos cidadãos, vale dizer, coordena as distintas respostas normativas do Estado diante da saúde pública e isto configura uma densa legislação sanitária que conta com uma Unidade interna aglutinadora em torno do tema “Tutela da Saúde”.

Embora entenda como núcleo conceitual do Direito Sanitário a saúde pública, o autor realça, ao definir o conteúdo desse ramo da ciência jurídica, as regras positivadas em textos legais. Desse modo, limita o fenômeno jurídico a uma só de suas faces, a do direito posto, instituído através do ordenamento jurídico. Ressalte-se que a posição defendida por Dias não configura um entendimento isolado, como se observa nos conceitos abaixo arrolados.

Para Zanobini (apud Dias, 2003, p.3), consiste num “ [...] complexo de normas jurídicas dirigidas à realização de um fim público da saúde, seja disciplinando a conduta de profissionais ou de organizações investidas de funções especiais no ordenamento para o mesmo fim”. No mesmo sentido conceitua Primicerio (apud Dias, 2003, p. 3): “[...] um corpo de normas jurídicas que regula os órgãos e funções diretivas para realizar o fim supremo da saúde pública, seja protegendo diretamente a saúde do indivíduo seja perseguindo a tutela sanitária”.

A definição sugerida pela ANVISA (apud Cardoso Neto, 2014, p. 16) fortalece essa concepção:

Direito Sanitário é um ramo do Direito Público onde o Estado, visando à proteção e à promoção da saúde pública, assume, ativamente, o papel regulador e controlador dos bens, dos produtos, dos serviços e das atividades que podem colocar em risco a saúde da população. Essa multiplicidade de coisas encontra-se regulada em extenso e complexo volume de normas sanitárias (federais, estaduais e municipais), que disciplinam quase todas as atividades humanas, já que praticamente todas as atividades podem, de uma forma ou outra, produzir algum dano à saúde.

Como é possível perceber, todas as posições apresentadas traduzem um conceito ortodoxo do Direito Sanitário, reduzindo-o a um sistema regulador informado por um denso conjunto de regras que compõe seu repertório jurídico positivado. Essa visão exclui da investigação a origem do próprio texto legal, as tensões entre forças opostas/complementares (Estado/sociedade⁸⁸), os movimentos sociais reivindicatórios, que no seu agir dão concretude às demandas e, assim, influem na construção legislativa.

Sobre a importância da “dimensão instituinte do Direito⁸⁹”, leciona Bisol (2012, p. 11):

Estranhos aos sistemas de regras específicas que compõem o direito codificado, arcabouços normativos em que se consagram as Políticas de Estado são de máxima complexidade tópica e axiológica, deslocando para o plano da hermenêutica jurídica muitas das batalhas travadas no corpo social antes de sua consolidação política e administrativa. Não por outro motivo, as Políticas de Estado se abrem, via de regra, como imensos espaços de militância no plano das ideias, cuja ocupação qualifica as práticas democráticas tanto na dimensão jurídica da vida social, como no âmbito propriamente político e administrativo.

⁸⁸ Bisol, 2012, p. 11.

⁸⁹ No dizer de Bisol (idem) essa dimensão diz respeito às lutas sociais que dão origem ao direito.

Como ramo do Direito Público, o Direito Sanitário frequentemente utiliza, na execução do seu papel regulador, o poder de polícia, assim entendido como a atividade estatal de condicionar a liberdade e a propriedade, ajustando-as aos interesses coletivos⁹⁰. Não pretende o presente trabalho diminuir a importância dessa atribuição do Direito Sanitário, especialmente no que diz respeito à vigilância sanitária⁹¹. Entretanto, reduzir o direito à saúde a um direito regulador é não honrar sua trajetória evolutiva e confirmar a inadequação da “conformação técnica, política e institucional⁹²” do Direito sanitário em face da nova ordem instaurada pela Constituição Federal de 1988⁹³.

Conforme Paim (1998, p.301):

Em pauta, encontra-se a necessidade de construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-o face às evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas.

Nesse sentido, é a proposta de configuração de um novo campo de produção de conhecimento o Direito e Saúde, efetivando a interdisciplinaridade entre essas duas áreas do saber. Renovar, assim, o paradigma para a produção teórica, tornando-a apta a viabilizar “análises institucionais, avaliações de ações e estruturação de protocolos de acompanhamento e auditoria, detecção de necessidades normatizadoras e regulamentadoras⁹⁴”, estabelecendo instrumentos mais adequados à concretização do SUS como estruturante e articulador das políticas públicas de saúde.

Na defesa da formulação dessa nova área do conhecimento, Vasconcellos e Barros (2009, p.34) afirmam:

Buscar mecanismos efetivos de conquista da cidadania, em relação a essas questões, significa se nutrir de formulações de diversas ordens que, se por um lado, ultrapassam o campo das Ciências da Saúde, por outro lado, têm nas Ciências do Direito e no Poder Judiciário mordanças e amarras que, muitas vezes, impedem avanços que só um novo campo de formulações poderá possibilitar, revelando a face de um novo paradigma das inter-relações no interior do aparelho de Estado, em suas três instâncias de poder.

⁹⁰ Melo, 2013, p. 835-862.

⁹¹ Vigilância sanitária consiste num conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (Conceito expresso no art. 6º, §1º da Lei n. 8.080/1990).

⁹² Vasconcellos e Barros, 2009, p.27.

⁹³ Nesse sentido, Vasconcellos e Barros, 2009, p.28. “Com a recente reordenação do sistema de saúde brasileiro, em que se consignaram os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, como condão ideológico do sistema, e o controle social, como eixo diretivo das ações de saúde, ocorreu uma profunda transformação nas políticas públicas direcionadas à saúde, no âmbito da estrutura do Estado brasileiro”.

⁹⁴ Idem, p. 29.

Sintetizando as principais diferenças entre o Direito Sanitário e o Direito e Saúde, os autores (2009, p.32) apresentam o seguinte quadro comparativo.

Quadro 1 - Principais diferenças entre o Direito Sanitário e o Direito e Saúde

Direito e Saúde	Direito Sanitário
Relações Estado e Sociedade	Estado com foco no poder de polícia
Direito público e privado	Direito público
Relações sociais de produção de interesse da saúde	Regulação da produção de insumos e serviços para a saúde
Normas universais de interesse da saúde	Normas sanitárias específicas
Pesquisa e produção acadêmica interdisciplinar	Pesquisa e produção acadêmica unidisciplinar ou com baixa interdisciplinaridade
Apropriação de conhecimento do direito por parte do controle social em saúde	Participação do controle social em saúde inexpressiva
Ensino de conteúdo inovador	Ensino conservador com foco legalista
Linguagem acessível aos profissionais de ambos os campos e à população	Linguagem normativa hermética
Contribuição compartilhada de construção do SUS	Fiscalização de alguns dos princípios do SUS
Formulação do SUS enquanto sistema articulador de políticas públicas	Formulação com foco no poder normatizador e regulador
Instituinte	Instituído

Deve-se admitir que, com esse novo campo do conhecimento, nasce a oportunidade de realizar uma abordagem diferenciada sobre a relação entre direito e saúde, partindo da constatação da horizontalidade do direito à saúde e o entendimento de que a interface Direito e Saúde não se limita à intersecção identificada como Direito Sanitário, mas sim com uma nova área de conhecimento em permanente construção, que objetiva viabilizar a criação e efetivação de políticas públicas de saúde compatíveis com a ordem constitucional.

4. ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Antes de verificar a proposta de Häberle de um Estado Constitucional Cooperativo e seu compromisso com a realização dos direitos humanos, pretende-se aduzir, sinteticamente, sobre o Estado Constitucional, e, em seguida, discorrer sobre a cooperação internacional, examinando seu conceito, espécies e a concepção brasileira de cooperação estruturante em saúde.

4.1 DO ESTADO CONSTITUCIONAL AO ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO

O primeiro precedente da limitação do poder político, indicando que o governo seria das leis e estabelecendo a participação dos cidadãos nas deliberações de matérias públicas foi concebido em Atenas⁹⁵.

Não obstante, o Estado moderno nasceu absolutista, no final da Idade Média⁹⁶. A Escola Formalista Protestante deu início à formalização do Direito e com ela a juridicidade do Estado, na medida em que Kant concebeu a lei como um esquema geral, formal e obrigatório, apoiado na força do aparato estatal. Com a previsão dos direitos inatos ao indivíduo⁹⁷, Locke e Montesquieu contribuíram para a transformação do Estado absolutista no Estado liberal⁹⁸.

Assim, na Idade Moderna, firmado nos ideais iluministas, se estabeleceu um novo modelo de Estado, que tinha seus poderes limitados pela lei: o Estado liberal de direito, ou apenas Estado de direito.

Nas palavras de Canotilho (1999, p. 9):

A ideia de um Estado domesticado pelo direito alicerçou-se paulatinamente nos Estados ocidentais de acordo com as circunstâncias e condições concretas existentes nos vários países da Europa e, depois, no continente americano. Na Inglaterra sedimentou-se a ideia de *rule of law* («regra do direito» ou «império do direito»). Na França emergiu a exigência do Estado de legalidade (*État légal*) [...] Na Alemanha construiu-se o princípio do Estado de direito (*Rechtsstaat*), isto é, um Estado subordinado ao direito.

Foram características desse modelo: a) a submissão do Estado ao império da lei (princípio da legalidade); b) a divisão das funções dos poderes em Legislativa, Executiva e Judiciária, de forma a garantir a independência e a harmonia entre elas; c) a previsão expressa e a garantia dos direitos individuais⁹⁹.

Esse estado se consolidou e adquiriu maturidade com a instituição do Constitucionalismo, que sob um aspecto formal, correspondia à presença de um estatuto jurídico dominante, uma constituição. Apresentava uma característica que extrapolava o modelo anterior de Estado, pois pressupunha, “desde logo, o poder constituinte do povo, ou seja, o direito de o povo fazer uma lei superior (constituição) da qual constassem os esquemas essenciais do governo e respectivos limites”¹⁰⁰.

⁹⁵ Barroso, 2009, p. 6-8

⁹⁶ Ibidem, p. 9.

⁹⁷ Os direitos à vida, à propriedade privada e a liberdade, além da separação dos poderes.

⁹⁸ Gomes e Seixas, 2015, p. 411 e 412.

⁹⁹ Silva, 1999, p. 116 e 117.

¹⁰⁰ Canotilho, 1999, p. 9.

Essa constituição, nos moldes liberal e burgueses, deveria ser escrita e, em seu conteúdo, trazer de forma expressa a garantia de direitos e a separação de poderes, como disposto no artigo dezesseis da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão¹⁰¹: “qualquer sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos, nem estabelecida a separação dos poderes não tem Constituição”.

Ao discutir a premissa metodológica do Estado constitucional segundo Häberle, lecionam Silva e Gontijo (2008, p. 5401):

A dignidade da pessoa humana constitui a premissa (metodológica) cultural e antropológica do Estado Constitucional, que foi influenciada por Kant (imperativo categórico) e Hegel (“só uma pessoa respeita aos demais como pessoas”). A dignidade humana se sustenta no modelo de Constituição escrita – que se inspira em textos religiosos (como a Bíblia) –, ante o respeito que demonstram e o grau de aceitação de milhões de pessoas, precisamente a partir de uma cultura que confere à palavra escrita uma função central na vida espiritual de todas as sociedades¹⁰².

Assim, ao tornar as pessoas sujeitos da sua atuação (seja por condutas positivas, seja com sua abstenção), o Estado constitucional realiza a dignidade humana. Häberle (2007, p. 2) entende que esse Estado não é estático, assim, na medida em que se desenvolvem os conceitos de direitos humanos, o Estado constitucional também se modifica. Declara o autor:

(...) sua existência como tal é que permite, nesse quadro, modificações em uma extensão consideravelmente variável: decisiva é sua estrutura constituída, ou seja, juridicamente delimitada, e decisiva é sua estrutura aberta - tanto para dentro como para fora. Ela é garantida pela democracia pluralista, por direitos fundamentais, por elementos da divisão dos poderes que devem ser ampliados no âmbito da sociedade, e por um Poder Judiciário independente.

Dessa forma, o Estado democrático constitucional de direito, modelo de organização e legitimação de uma ordem política¹⁰³, é maleável na medida em que permite alteração do seu formato para admitir novos modos de organização, especialmente as decorrentes das relações internacionais e supranacionais.

É exatamente nesse contexto que se insere o Estado constitucional cooperativo, conforme proposto por Häberle no final da década de setenta. Sem colocar em evidência o

¹⁰¹ ONU, 1919.

¹⁰² Nesse sentido Diego Valadés, nos estudos introdutórios do livro *El Estado Constitucional* de Peter Häberle: “Kant, recuerda (p. 141), formuló la “premissa cultural y antropológica del Estado constitucional”. Conforme a esa premissa se há implantado fuertemente “la fascinación” por las Constituciones escritas. Esta tendencia, apunta el autor, se ve reforzada por la tradición de respeto por la palabra escrita que se inspira en los grandes libros religiosos, la Torá, la Biblia y el Corán. Así, el constitucionalismo escrito encuentra un poderoso soporte cultural en la arraigada confianza que inspiran los textos en que se sustenta la fe de millones de personas.

(...) La hipótesis del profesor Häberle la confirma el hecho, significativo, de que la Constitución escrita sea objeto de adopción generalizada en el mundo, precisamente a partir de una cultura que confiere a la palabra escrita una función central en la vida espiritual de todas las sociedades”. (Häberle, 2003, p. LVII e LVIII)

¹⁰³ Canotilho, 1999, p. 12.

Direito Constitucional ou o Direito Internacional, determina a evolução de ambos por meio da observação e do desenvolvimento de suas relações recíprocas.

A partir do Estado constitucional cooperativo, Häberle propõe a reestruturação do Estado constitucional e dos seus elementos: ao invés de se fechar em seu sistema jurídico (produção para o plano interno), o Estado deve ser aberto, plural e em busca do diálogo com os outros Estados. Trata-se de uma releitura da soberania que permita o descerramento desse Estado para o direito internacional, numa espécie de projeção do Estado constitucional para o mundo.

Para Maliska (2007, p. 7020):

O Estado Constitucional Cooperativo substitui o conceito tradicional de Estado Constitucional Nacional, entendido como Estado Constitucional democrático internamente, mas não cooperante e amigo no plano internacional. O Estado Constitucional Cooperativo não deixa de ser um Estado Nacional, mas ele agrega a essa estrutura elementos de abertura, cooperação e integração que descaracterizam o Estado Nacional como uma unidade fechada, centrada na soberania nacional.

Os diversos aspectos desse novo modelo de Estado devem ser entendidos em conjunto. Assim, o enfoque ideal-moral, (identificado nas constituições pelos dispositivos referentes à cooperação internacional ou à prevalência dos direitos fundamentais, por exemplo), deve ser compreendido juntamente com o aspecto sociológico-econômico (a escassez de alimentos, de matéria prima ou combustíveis, bem como a situação social das pessoas). Todas essas questões obrigam os Estados constitucionais internamente, mas também externamente, requerendo a intensificação da cooperação entre eles¹⁰⁴.

Esse novo modelo de Estado participa de forma ativa das questões de outros Estados, de instituições internacionais, supranacionais e dos cidadãos estrangeiros. Nele, a cooperação se realiza nas esferas política e jurídica. Para Häberle esse Estado corresponde ao desenvolvimento do que chamou de um Direito Internacional Cooperativo¹⁰⁵.

Questão interessante a ser observada diz respeito à produção normativa. No Estado constitucional ela é exclusiva e voltada para o plano interno, prevalecendo a vontade soberana do país, ao passo que no Estado constitucional cooperativo, a produção normativa é compartilhada, produzindo efeitos no plano externo. Para sua elaboração existe um encontro de vontades soberanas. Nesse sentido Maliska aduz (2008, p. 7026 e 7027):

A cooperação internacional no âmbito normativo relativiza o princípio da supremacia da Constituição, não o subordinando as normas internacionais, mas o compreendendo como uma estrutura aberta. Isso implica em dizer, sob o ponto de vista do controle de constitucionalidade, que se faz necessário

¹⁰⁴ Häberle, 2007, p. 3.

¹⁰⁵ Ibidem, p. 7.

demonstrar as condições de abertura do texto constitucional à cooperação internacional, em especial nas hipóteses de possível incompatibilidade entre o texto da Constituição e a redação de um ato normativo internacional. Essa abertura, segundo a Constituição, se dá, em especial e, talvez, exclusivamente, mas essa seria uma outra discussão, pelos Direitos Humanos. Para a discussão que se propõe nesse texto, os Direitos Humanos funcionariam assim como “critério de entrada” das normas internacionais produzidas cooperativamente quando essas estivessem em colisão com a Constituição.

Assim, a realização dos direitos humanos é consequência direta do Estado constitucional cooperativo. Cabe, portanto, ao Estado criar, na comunidade internacional, uma “medida mínima de realidade” tanto material quanto processual para alcançar esse objetivo¹⁰⁶.

Esse modelo de Estado, ainda não concretizado, pressupõe uma comunidade onde os Estados constitucionais existam não para si mesmos, mas como referência uns para os outros, preservando suas características constitucionais, mas abertos ao intercâmbio com os demais. Isso seria possível por meio do estabelecimento de princípios gerais, especialmente aqueles que consagram os direitos humanos universais.

O Brasil tem se aproximado desse modelo de Estado. Isso pode ser observado revisitando dois pontos específicos da Constituição Federal:

a) O elenco dos princípios norteadores das relações internacionais, previstos no artigo 4º da Constituição Federal.

Art. 4º. A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

- I - independência nacional;
- II - prevalência dos direitos humanos;
- III - autodeterminação dos povos;
- IV - não intervenção;
- V - igualdade entre os Estados;
- VI - defesa da paz;
- VII - solução pacífica dos conflitos;
- VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;
- IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;
- X - concessão de asilo político.

Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.

b) A fixação constitucional da prevalência dos direitos humanos, permitindo a abertura da ordem jurídica interna para o sistema internacional de direitos humanos¹⁰⁷, conforme se

¹⁰⁶ Ibidem, p. 66.

¹⁰⁷ Com o mesmo entendimento: Maliska, 2007, p. 7020 e 7021; Piovesan, 2009.

observa no inciso II do artigo 4º (acima transcrito); dos parágrafos primeiro, segundo e terceiro do artigo 5º¹⁰⁸; e do parágrafo quinto do artigo 109, todos eles da Constituição Federal¹⁰⁹.

Como foi visto, a proposta de Häberle parece trilhar por esses mesmos princípios orientadores. As alterações geradas na doutrina e na jurisprudência constitucional brasileira posterior à Constituição de 1988 apontam para a mesma conclusão. Nesse sentido, Maliska declara:

[...] renovaram a dogmática dos direitos fundamentais, dando a esses uma posição de destaque na ordem jurídica, renovaram a hermenêutica constitucional, recepcionando os modernos métodos de interpretação e os diversos princípios vocacionados à máxima concretização das normas constitucionais, em especial daquelas decorrentes da implementação de direitos historicamente negados à grande parcela da população brasileira, elas devem ainda renovar a velha dogmática que mantém o país no quadro de um Estado Constitucional Nacional quando a Constituição dá mostras de sua opção pelo conceito de Estado Constitucional Cooperativo. O Supremo Tribunal Federal tem sinalizado positivamente para a mudança.

No pensamento de Mendes (2009)¹¹⁰:

Não se pode perder de vista que, hoje, vivemos em um “Estado Constitucional Cooperativo”, identificado pelo Professor Peter Häberle como aquele que não mais se apresenta como um Estado Constitucional voltado para si mesmo, mas que se disponibiliza como referência para os outros Estados Constitucionais membros de uma comunidade, e no qual ganha relevo o papel dos direitos humanos e fundamentais.

Como é possível perceber, o Estado constitucional cooperativo está vinculado, em sua essência, aos direitos humanos. Assim, o seu prestígio cresce com sua força para realização cooperativa desses direitos¹¹¹.

¹⁰⁸ Constituição Federal. “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...) § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

¹⁰⁹ Constituição Federal. “Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar:

(...) § 5º Nas hipóteses de grave violação de direitos humanos, o Procurador-Geral da República, com a finalidade de assegurar o cumprimento de obrigações decorrentes de tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil seja parte, poderá suscitar, perante o Superior Tribunal de Justiça, em qualquer fase do inquérito ou processo, incidente de deslocamento de competência para a Justiça Federal”.

¹¹⁰ Em voto no Recurso Extraordinário n. 466.343-1/SP, cujo Relator foi o Ministro Cezar Peluzzo (DJE 05/06/2009).

¹¹¹ Häberle, 2007, p. 70.

4.2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

No início do século XX, objetivando maior eficiência no relacionamento entre os Estados, foram criadas algumas instituições internacionais. Exemplo disso é a Organização Internacional do Trabalho (OIT), concebida em 1919, como parte do Tratado de Versalhes¹¹². Não obstante, somente após a Segunda Guerra Mundial e a criação da ONU (1945), a cooperação técnica foi reconhecida como instrumento para atuação internacional.

Sobre o tema Milani (2014, p. 33) esclarece:

[...] a institucionalização da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID), por meio da emergência de normas, discursos, práticas, agendas e comportamentos de atores definidos de maneira mais organizada, regular e previsível, iniciou-se no contexto do final da Segunda Guerra Mundial. O que havia sido, até então, um conjunto de experiências temporárias, movidas por interesses políticos, diplomáticos ou humanitários, passou a constituir uma norma e um modo de atuação dos Estados nas relações internacionais.

A CID tem sua origem no mundo pós-Guerra, composto basicamente por três grupos: os países ocidentais capitalistas, os países comunistas e os países chamados de terceiro mundo, alguns desses ainda passando pelo processo de descolonização, e, por isso, extremamente dependentes da assistência externa para sustentar suas economias, formando um conjunto de países satélites. Desde a década de sessenta, os países-membros do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD), da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), passaram a ser denominados doadores tradicionais, enquanto os países do chamado terceiro mundo foram identificados como recipiendários¹¹³.

A rivalidade Leste-Oeste a partir de 1945, período que se denominou “guerra-fria”, foi determinante para a institucionalização da CID, com a tomada de decisões no sentido de promover a cooperação entre as chamadas “nações livres”, criando uma “arquitetura da ajuda” em função: da reconstrução da Europa; da descolonização na África, na Ásia e no Caribe; e do modelo desenvolvimentista na América Latina.

Essa espécie inicial de cooperação internacional, identificada como Cooperação Norte-Sul (CNS), predominantemente assistencialista, é caracterizada pela transferência de conhecimentos e técnicas dos países avançados (doadores tradicionais) aos países recipiendários. Essa verticalidade, que pressupunha a passividade dos recipiendários, não foi

¹¹² História, disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/hist%C3%B3ria>>. Acessado em 06 out. 2015.

¹¹³ Souza, 2001, p. 11.

capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia deles, servindo de forma competente à manutenção do *status quo*¹¹⁴.

Sobre esses primeiros anos Milani (2014, p. 34) declara:

[...] corresponderam ao que Gilbert Rist chamou de “incubação do desenvolvimento” (Rist, 1996, p. 148), com ênfase no estabelecimento de organizações internacionais – a exemplo da Organização de Cooperação Econômica Europeia (OECE) de 1948 e das diferentes agências da Organização das Nações Unidas (ONU): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) etc. – e na criação, pelos principais países doadores, de suas próprias agências bilaterais de cooperação para o desenvolvimento. No mundo das organizações bilaterais e multilaterais, gerou-se, a partir de então, uma clara divisão do trabalho: às primeiras caberia, primordialmente, assistência técnica e ajuda orçamentária, ao passo que as agências multilaterais teriam a função de apoiar e gerir a implementação de projetos. Do ponto de vista discursivo e ideológico, os temas que ocuparam a agenda das organizações multilaterais e bilaterais se relacionavam com os chamados “três D”: direitos humanos, descolonização e desenvolvimento. A ênfase nos direitos humanos – sobretudo civis e políticos – era justificada, no plano dos ideários, como necessário contraponto às bandeiras comunistas e revolucionárias. A ONU seria um sustentáculo relevante para o processo de legitimação política e multilateral da CID.

No final da década de cinquenta, os países em desenvolvimento estabeleceram uma articulação política suficiente para conseguir algumas mudanças na orientação da CNS. Exemplo disso foi a Resolução n.º 1.383/1959, da Assembleia Geral da ONU, que substituiu o conceito de assistência técnica pelo de cooperação técnica. A primeira definição diz respeito às iniciativas desenvolvidas pelos doadores, com pouca ou nenhuma participação dos beneficiários, enquanto a segunda, representa uma construção conjunta, em que as experiências prévias e as estratégias são compartilhadas por doadores e beneficiários, “visando ao planejamento e à execução conjuntas, com a implementação da autonomia do parceiro e a sustentabilidade do processo como um todo¹¹⁵”. Retomando, assim, pelo menos em nível retórico, o ideal de relações mais equitativas.

Além disso, com o passar do tempo, essa divisão em grupos doadores e beneficiários, ficou cada vez mais inadequada. Alguns países deixaram a condição de beneficiários,

¹¹⁴ [...] os “doadores” tendem a impor aos ‘países donatários’ seus próprios objetivos e métodos de trabalho, além de sua visão de mundo e programas definidos no nível central; os donatários da cooperação quase nunca participam das definições programáticas da ajuda recebida, o que leva a uma forte dissociação entre a ajuda externa e as necessidades locais; os programas de ajuda dificilmente se encontram alinhados com as políticas nacionais em curso; os diversos doadores raramente coordenam ou pelo menos articulam suas ações; os custos de transação e a proliferação de uma enorme burocracia internacional consomem parte substantiva da ajuda disponível, que, assim, deixa de chegar aos países (BUSS *et al*, 2011, p. 243).

¹¹⁵ Buss e Ferreira, 2010, p. 94.

tornando-se doadores, enquanto outros passaram a ocupar simultaneamente as duas posições. Essa nova disposição dos atores internacionais, somada à inclusão de outros participantes da CID, tais como, as organizações não governamentais, as fundações e as empresas multinacionais, aumentaram significativamente sua complexidade.

Como reação à CNS de base assistencialista e como consequência do entendimento de que os países em desenvolvimento deviam se aliar na construção de um processo de solução efetiva de seus problemas, foi criada, como ferramenta de política externa, a Cooperação Sul-Sul (CSS). Suas primeiras iniciativas costumam ser situadas em meados dos anos cinquenta, e seu marco político foi a Conferência Ásia-África, realizada em Bandung (Indonésia, 1955), com a presença de representantes de vinte e nove Estados independentes e trinta movimentos de libertação nacional. Nessa oportunidade, teve início a construção dos consensos políticos entre os países em vias de desenvolvimento, que passaram a perceber, nessa atuação conjunta, uma maneira de alcançar interesses que compartilhavam e afastar a influência política e econômica dos países que dominavam o cenário internacional.

Quanto à evolução dessa espécie de cooperação, declara Pino (2014, p.80):

Em um contexto internacional marcado pela crise econômica que assola de forma especial os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os países em desenvolvimento mais avançados encontram-se em processo de incremento e consolidação de sua oferta de cooperação. Embora a Cooperação Sul-Sul (CSS) viva um estado de efervescência – a julgar pela amplitude e pelo incremento de programas e projetos entre países em desenvolvimento ou pela proliferação de fóruns de debate na OCDE e na ONU, ou, ainda, pelas referências nas declarações finais de conferências internacionais a suas contribuições ao desenvolvimento e à nova arquitetura da ajuda –, não é um fenômeno novo. O surgimento da CSS vincula-se ao processo de descolonização e à busca dos países em desenvolvimento por modelos alternativos e autônomos que fortalecessem suas capacidades nacionais e lhes brindassem condições de autossuficiência.

O auge da CSS se deu na década de setenta¹¹⁶, com a aprovação do Plano de Ação de Buenos Aires na Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), realizada naquela cidade, em 1978. Nessa época se concretizou o entendimento de que a ordem internacional era desfavorável aos países do Sul global, pois não lhes garantia igualdade de oportunidades.

Sobre a participação do Brasil, Vergne (2014, p. 20) apresenta o seguinte comentário:

O Brasil tem se destacado progressivamente como promotor da CSS. O país foi um dos principais interlocutores da Conferência de Buenos Aires e, ao longo dos anos, contribuiu para a consolidação desse modelo de cooperação.

¹¹⁶ É interessante notar que atualmente a cooperação horizontal (como também é conhecida a CSS) vem ganhando espaço entre atores da tradicional Comunidade de doadores.

Contudo, apesar de sempre desempenhar um papel ativo nos fóruns e debates internacionais sobre o tema, foi somente a partir de meados da década de 1990 e, especialmente, nos anos 2000, que o país passou a prestar cooperação de forma relativamente regular e a usá-la como um instrumento de política externa.

Nessa discussão sobre a CSS foi introduzido um elemento que merece uma maior atenção: a ideia de Sul global.

4.2.1 Sul global

O fim da Guerra Fria levou a uma reorganização da ordem internacional também quanto à divisão dos países, uma vez que o agrupamento bipolarizado entre o Leste (comunista) e o Oeste (capitalista) perdeu o sentido e foi substituído. A partir de então, seria o Norte, com a reunião dos países desenvolvidos, e o Sul, composto pelos países emergentes e em vias de desenvolvimento.

Interessante a observação de Caixeta¹¹⁷ (2014, s. p.):

A divisão geográfica estabelecida pela linha do Equador remete antes à outra divisão, a separação ideológica existente no cenário do desenvolvimento. Ela reivindica maior equidade de poder e mais representatividade na produção de conhecimento.

Ainda sobre essa identificação geográfica, é importante ressaltar que a palavra Sul não se aplica aqui em seu sentido denotativo, pois alguns países que compõem o Sul global estão situados no hemisfério Norte, como são exemplos o México e a Rússia, ao passo que alguns países do hemisfério Sul não fazem parte do conjunto em discussão, em razão do seu desenvolvimento sócio econômico, como é o caso da Austrália. De forma que o termo Sul deve ser entendido como sinônimo de países emergentes e em desenvolvimento.

Merece destaque aqui, como na maioria dos casos em que são aplicados rótulos, o fato de esse grupo, classificado como Sul global, ser extremamente heterogêneo, composto por países que experienciam níveis diferentes de desenvolvimento social e econômico, motivo pelo qual têm necessidades e interesses diferentes. Esse fato pode refletir em dificuldades e limitações nas negociações empreendidas no cenário internacional.

Para Pino (2014, p. 57):

O termo “Sul global” é designação simbólica para denominar uma ampla gama de nações em desenvolvimento, diversificadas em suas histórias, origens e tradições, com múltiplos enfoques no que se refere ao poder, à cultura ou à identidade. O rótulo tem substituído e atualizado progressivamente a

¹¹⁷http://www.obs.org.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=662:o-sul-global-na-politica-e-academia&Itemid=130

qualificação de “terceiro mundo”, na qual foram catalogados muitos países em desenvolvimento ao conquistar sua independência e inaugurar uma ordem internacional pós-colonial.

Um conjunto crescente de pesquisas científicas alimenta o debate pelo reconhecimento da necessidade de descolonização do saber, dando espaço para os conhecimentos oriundos desses países que se abrigam sob esse rótulo de Sul global¹¹⁸. No pensamento de Caixeta (2014, s. p.):

As novas perspectivas e visões de mundo, provenientes do Sul, refletem também as expectativas atuais em torno dessa nova tendência da cooperação internacional, intitulada cooperação Sul-Sul. Para tanto, esse fenômeno político internacional deve estar acompanhado e baseado em novas teorias científicas a respeito das motivações dos atores globais em cooperar solidariamente e que não estejam mais orientadas por disputas de poder entre as nações, conforme as teorias que anteriormente serviam de base e que costumavam inspirar as análises. Além disso, a presença do Sul global nos foros e regimes políticos internacionais abrem a oportunidade para propostas inovadoras com vistas à efetiva evolução da civilização global, atenta à promoção e concretização do desenvolvimento humano.

Em face dessa realidade, a CSS, por partir da “perspectiva de intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades”¹¹⁹, proporciona aos países em desenvolvimento uma estratégia para construção de uma trajetória relativamente autônoma¹²⁰, ajustada às suas prioridades. Assim, a cooperação horizontal se configura como um verdadeiro mecanismo de ‘empoderamento’¹²¹ para os países do Sul global.

4.2.2 Cooperação em saúde

Durante todo o período da guerra fria, marcado pela “polarização ideológica entre capitalismo e comunismo” conhecido pelo conflito Leste-Oeste, a agenda internacional era dividida na esfera da *high politics*, relativa aos temas de segurança estratégica e na esfera da *low politics*, expressão usada para indicar, por exclusão, todos os outros temas, como as questões relacionadas à saúde e ao meio ambiente. Com o fim da guerra fria, o aumento da relevância das questões identificadas como de *low politics*, incluindo o reconhecimento de

¹¹⁸ Podem ser citados como pesquisadores envolvidos nesses estudos Boaventura de Sousa Santos, Edgar Morin, Jean e John Comaroff, Raewyn Connell.

¹¹⁹ Pino, 2014, p. 28.

¹²⁰ Levando em conta a crescente interdependência entre os Estados Nacionais. Nesse sentido, Kickbusch e Berger (2010, p. 20), citando Heine “o modelo de um sistema internacional baseado apenas em países independentes foi substituído por outro, em que o estado-nação ainda é um componente essencial, mas de jeito algum o único”.

¹²¹ Pino, 2014, p. 80.

significativas ramificações desses temas na economia dos países, fizeram com que essa divisão da agenda internacional fosse, aos poucos, perdendo razão¹²².

Além disso, pela sua própria natureza, as questões de *low politics* são mais condizentes com a construção de programas de cooperação internacional, pois tendem a disponibilizar múltiplas alternativas de ganhos e possibilidades de ação para os participantes, num processo mais aberto, dinâmico e interativo.

Associado a essa questão, o advento da globalização tornou o mundo mais integrado e abriu espaço para outros atores que, além dos Estados, interferem significativamente no âmbito internacional. Nesse contexto, alguns interesses de ordem econômica, social e política, que eram considerados nacionais, passaram a ser relevantes também no ambiente internacional.

Entendendo “a importância de se conectar as estratégias de desenvolvimento com as dinâmicas do meio internacional” é que vem sendo construída a cooperação nas relações internacionais¹²³.

Segundo Buss e Ferreira (2010, p. 100):

Em estudo divulgado em 2004 (UNDP, 2004), a Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (PNUD) assinala a importância de fortalecer a assistência mútua ‘em um período de rápida globalização’. Impulsionados especialmente pela liderança de Brasil, China e Cuba, aos quais se somou mais recentemente a Índia, a cooperação Sul-Sul vem apresentando diversos exemplos ressaltados no mencionado estudo. É o que vem sendo caracterizado como *soft power* diplomático, ou seja, a utilização de recursos que não militares ou políticos clássicos nas relações internacionais (NYE, 2008).

Inicialmente, a CSS estava voltada para temas econômicos, como o estímulo aos intercâmbios comerciais e ao compartilhamento de tecnologias de produção. Recentemente, com o fim da bipolaridade (Leste-Oeste) e as mudanças ocorridas no regime internacional de desenvolvimento, enfatizando o desenvolvimento humano e a erradicação da pobreza, a CSS, acompanhando esse movimento internacional, se fortaleceu na seara social¹²⁴.

Nesse sentido, Kickbusch e Berger (2010, p. 20) declaram:

Há um reconhecimento cada vez mais importante de que determinados ‘bens públicos globais’ precisam ser negociados e assegurados e que regimes na área do comércio e do desenvolvimento econômico devem ser complementados por outros, em esferas como ambiente e saúde.

A ideia de saúde global se insere nessa nova abordagem da CSS, mas não se limita a ela. Os desafios atuais ultrapassam as fronteiras nacionais. Em consequência dessa globalização

¹²² Sato, 2010, p. 47.

¹²³ Ibidem, p. 48 e 49.

¹²⁴ Buss e Ferreira, 2010, p. 99.

da saúde, os problemas não podem mais ser tratados de maneira isolada e a busca de soluções deve ser conjunta, de forma a criar responsabilidades coletivas.

Segundo Kickbusch e Lister (2006, p.7), saúde global refere-se:

[...] àquelas questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas. Requer novas formas de governança em nível nacional e internacional, as quais procuram incluir uma ampla gama de atores¹²⁵.

Atualmente, as negociações internacionais que versam sobre esses bens globais experimentam um novo padrão, que passa da diplomacia bilateral para a diplomacia multilateral. Essas negociações multilaterais sobre saúde são extremamente importantes, pois incidem sobre o que Kickbusch e Berger (2010, p. 19-20) entendem como “interesses nacionais e econômicos e refletem a tensão entre a soberania nacional e a ação global coletiva, como também entre os interesses dos negócios em expansão e a proteção da saúde de grupos vulneráveis”.

4.2.3 Brasil - Cooperação estruturante em saúde

A cooperação internacional para o desenvolvimento, como foi anteriormente explicado, consiste em mecanismos por meio dos quais os países ou instituições participantes articulam o compartilhamento de experiências bem-sucedidas de conhecimentos técnico, científico, tecnológico e cultural através de programas e projetos. Essa colaboração pode se apresentar através de cooperação técnica, tecnológica ou financeira¹²⁶.

Importante ferramenta para o progresso dos envolvidos, a cooperação técnica (CT) traduz-se em uma construção conjunta de estratégias para transferência de conhecimentos, experiências, tecnologia e equipamentos, que tem como finalidade contribuir para a capacitação dos atores e o fortalecimento das instituições envolvidas nos projetos¹²⁷.

Seguindo essa recapitulação, a CSS¹²⁸ consiste na elaboração participativa de estratégias para produção de soluções autênticas de problemas comuns ou similares¹²⁹. Como modalidade dessa espécie, emerge a Cooperação Estruturante em Saúde, caracterizada pelo

¹²⁵ Texto original: “Global health refers to those health issues which transcend national boundaries and governments and calls for actions to influence the global forces that determine the health of people. It requires new forms of governance at national and international level which seek to include a wide range of actors”.

¹²⁶ Krykhtine, 2014, p. 29.

¹²⁷ Buss e Ferreira, 2010, p. 94

¹²⁸ Também conhecida como cooperação horizontal ou CTPD.

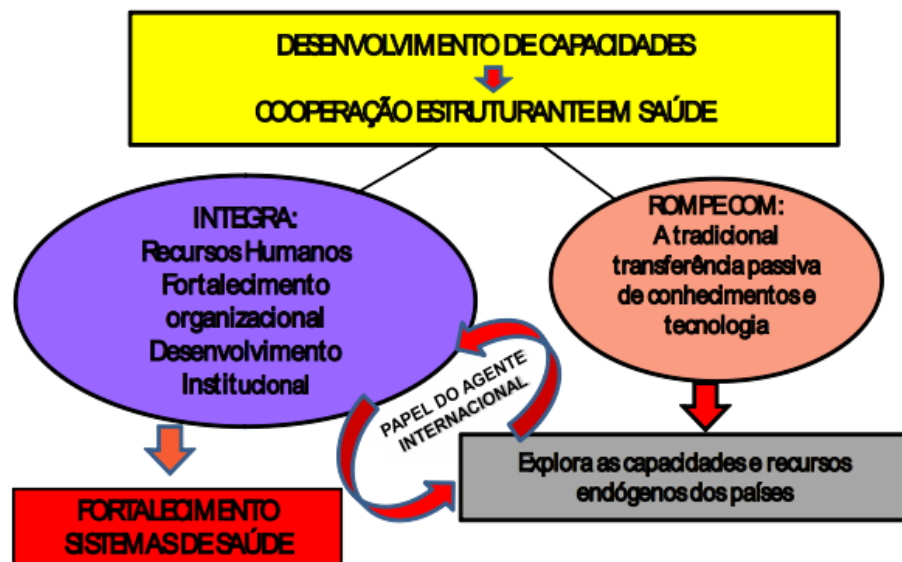
¹²⁹ Buss e Ferreira, 2010, p. 96.

compartilhamento ativo de conhecimentos, reconhecendo as peculiaridades de cada participante, e pela utilização do trabalho das pessoas do local, dando ênfase à capacitação e formação de recursos humanos¹³⁰. Tendo como finalidade última desenvolver capacidades, essa espécie de Cooperação tem como base a solidariedade entre os países em desenvolvimento e encontra fundamento no princípio da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade¹³¹.

O Brasil adotou essa concepção de cooperação estruturante em saúde fundada na construção de capacidades para o desenvolvimento. Consiste no processo para aquisição e aperfeiçoamento de habilidades que capacitam o sujeito para estabelecer e alcançar objetivos¹³². Diante disso, o foco da cooperação brasileira em saúde é, segundo Almeida et al (2010, p. 28):

(...) o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde.

Figura 1. Conceito esquematizado de cooperação estruturante em saúde



Fonte: Almeida, *et al.*, 2010, p.29.

Seguem os autores afirmando (Almeida et al, 2010 apud K Krykhtine, 2014, p. 34):

O foco é justamente ir além das formas tradicionais de ajuda externa e, assim sendo, faz-se necessário redefinir a cooperação brasileira em saúde como

¹³⁰ Krykhtine, 2014, p. 34.

¹³¹ Expressamente previsto na Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em seu artigo 4º, inciso IX.

¹³² Almeida, 2010, p. 33.

“estruturante”, ou seja, uma cooperação focalizada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, possibilitando intervenções concretas de construção das capacidades locais e a geração de conhecimento, e, portanto, promovendo o diálogo entre atores, de forma que os Estados parceiros assumam papéis protagônicos na liderança dos processos no setor saúde e que, assim sendo, possam promover a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde, numa lógica de cooperação estruturante Sul-Sul.

5. PROJETO CONQUISTA: ANÁLISE E INEXECUÇÃO

O Projeto Conquista é um exemplo de desenvolvimento da cooperação estrutural em saúde em matéria de programas de controle do câncer em áreas demonstrativas do Brasil e de Cuba, com duração prevista de três anos, no período de 2012 a 2015.

Uma vez situado o Projeto como fruto de uma cooperação bilateral entre os dois países, com o propósito de aprimorar o cuidado dispensado às pessoas com câncer, o texto passará à análise da escolha da área demonstrativa no Brasil. Concretizado o desenho do Projeto com seus objetivos e características, será empreendida a busca das possíveis causas da sua inexecução.

5.1 COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE BRASIL E CUBA

Os Governos da República Federativa do Brasil e da República de Cuba assinaram, em 18 de março de 1987, em Havana, um Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica¹³³, dando início à cooperação bilateral em saúde entre esses dois países. Ficaram estabelecidas no Acordo, em rol exemplificativo, as formas através das quais seria desenvolvida a cooperação científico-tecnológica¹³⁴, bem como as modalidades de cooperação técnica, das quais se destaca, em razão do objeto deste trabalho, o que consta na alínea c, do artigo III: “implementação de projetos conjuntos em áreas que sejam de interesse comum”.

¹³³ Esse Acordo foi promulgado por meio do Decreto n.º 46, de 01 de março de 1991.

¹³⁴ ARTIGO II: A cooperação científico-tecnológica, a que se refere o presente Acordo, será desenvolvido através de: a) intercâmbio de cientistas, técnicos e especialistas para estudar os conhecimentos, as experiências e os resultados obtidos nos campos da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico e para realizar estágios naqueles campos nas Partes Contratantes; b) contratação mútua de especialistas e técnicos para fins de transmissão de experiências científicas e tecnológicas; c) pesquisa conjunta de questões científicas e tecnológicas com vistas à utilização prática ulterior dos resultados obtidos; d) organização de seminários, simpósios e conferências; e) intercâmbio mútuo de documentação e informação científica e tecnológica, bem como sementes, plantas, amostras, etc. destinadas à pesquisa e à experimentação científica; f) intercâmbio de resultados de pesquisas e experimentos, inclusive de licenças e patentes; g) outras formas de cooperação científica e tecnológica a serem acordadas pelas Partes Contratantes.

A partir desse Acordo, muitos outros foram firmados, objetivando promover e desenvolver as relações existentes entre os dois países, além de complementar as iniciativas internas em busca do desenvolvimento econômico e social. Dentre os documentos firmados, merecem atenção os destacados abaixo.

Em 8 de abril de 1993, foi formalizado, por meio de Notas Diplomáticas, entre os Ministérios de Relações Exteriores da República de Cuba e da República Federativa do Brasil, o protocolo para comercialização de produtos farmacêuticos. Com o objetivo de ampliar os mecanismos de cooperação na pesquisa e produção de produtos biofarmacêuticos de auto impacto, esse protocolo foi complementado por três vezes: a primeira, em 12 de outubro de 2001; a segunda, em 26 de setembro de 2003 e, por último, a terceira, em 24 de fevereiro de 2010, por meio de Memorandos de Entendimento e Protocolo Complementar, respectivamente.

Em 2011 foi celebrado o Protocolo de Cooperação em Saúde entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde Pública da República de Cuba, pelo qual foi criado o Comitê Gestor Binacional Brasil-Cuba em Biotecnologia em Saúde, como mecanismo de coordenação e deliberação sobre as prioridades da cooperação bilateral na matéria, assinado em Havana, em 22 de setembro.

A Declaração Conjunta do Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e do Ministério da Saúde Pública da República de Cuba sobre Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde, conhecida como Carta de Havana, de 31 de janeiro de 2012¹³⁵, estabeleceu o aprofundamento da cooperação em saúde em três eixos temáticos principais: desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde; articulação regulatória; e articulação para pesquisa clínica.

Ao tratar do primeiro eixo, a Carta (2012, item 3) esclarece:

As Partes reafirmam os princípios norteadores da cooperação bilateral de impulsionar o desenvolvimento econômico e social de ambos os países através do atendimento das necessidades de saúde pública existentes. São instrumentos possíveis o desenvolvimento tecnológico conjunto, a produção conjunta e a transferência de tecnologia entre os parceiros de ambas as Partes.

São enumeradas como áreas de cooperação prioritárias: estratégias público-público e público-privada; terapia e controle de câncer; diabetes e suas complicações; formação de recursos humanos em pesquisa clínica e avaliação de tecnologias em saúde; terapia celular; neurociências e nanobiotecnologia¹³⁶.

¹³⁵ <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/component/tags/tag/604-viagens-do-presidente-da-republica>.

¹³⁶ *Ibidem*, item 4.

Como consequência da Carta de Havana¹³⁷, foi assinada a *Carta de Intención* entre o INCA/MS e a *Sección Independiente de Control Del Cáncer* (SICC/MINSAP), em Havana, no dia 1 de fevereiro de 2012, onde foram analisados os projetos para o Tema nº 1 - “Terapêuticas e Programas de Controle do Câncer”, em que ficaram definidos três projetos de colaboração: transferência de tecnologia brasileira para a informatização dos registros hospitalares de câncer a hospitais cubanos selecionados; fortalecimento e ampliação do banco de tumores e amostras biológicas do Instituto de Oncologia e Radiologia de Cuba (Inor)¹³⁸; e desenvolvimento da cooperação estrutural em saúde em matéria de programas de controle do câncer em áreas demonstrativas do Brasil e de Cuba 2012-2015¹³⁹.

Essa é a gênese do Projeto Conquista. A partir desse ponto, é possível construir a rota do Projeto, usando como norte as informações veiculadas nos sites das instituições envolvidas (SICC/MINSAP, Ministério da Saúde, INCA, FESF-SUS, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB/BA e Prefeitura do Município de Vitória da Conquista).

Na lista de ações referentes à cooperação internacional Brasil-Cuba, o INCA, em sua página na Internet, arrolou, dentre as atividades agendadas para o ano de 2012, o Projeto Conquista¹⁴⁰, identificando-o como uma experiência pioneira de abordagem do câncer, que seria implementada, de forma piloto, na cidade baiana de Vitória da Conquista¹⁴¹. O Projeto foi efetivamente lançado em novembro¹⁴² daquele ano.

Na Convenção Internacional de Saúde, realizada em Cuba, em dezembro de 2012, foi apresentado o projeto de colaboração entre Cuba e Brasil, em matéria de controle do câncer, com o Município de Vitória da Conquista como área demonstrativa eleita no Brasil. Com a aprovação da proposta apresentada pela administração pública municipal, ficou estabelecido que o projeto seria denominado Projeto Conquista - Projeto Interdisciplinar e Social de Cuidado e Controle do Câncer a partir da Atenção Básica¹⁴³. Nessa oportunidade, uma comitiva de representantes do Município de Vitória da Conquista e da FESF-SUS tomou conhecimento das

¹³⁷ Conforme previsto no Ajuste complementar ao acordo de cooperação científica, técnica e tecnológica entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Cuba para a implementação do projeto “Fortalecimento da organização da pesquisa clínica sobre câncer. Inteiro teor: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/component/tags/tag/604-viagens-do-presidente-da-republica>.

¹³⁸ Pérez, 2012, p.28.

¹³⁹ Bahia, Ato administrativo FESF/SUS n.º214 de 21 de junho de 2013, p. 02. <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/Ato-Administrativo-n%C2%BA-0214-Cria-e-regula-Projeto-Conquista.pdf>.

¹⁴⁰ http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/internacional/acordo_brasil_cuba.

¹⁴¹ <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31811-projeto-conquista-cidade-baiana-testa-nova-abordagem-do-cancer-na-atencao-basica>.

¹⁴² http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/projeto_conquista_cidade_baiana_testa_nova_abordagem_do_cancer_na_atencao_basica.

¹⁴³ <http://instituciones.sld.cu/sicc/eventos/>

ações de controle e cuidado às pessoas com câncer, desenvolvidas na atenção básica, na província de Villa Clara, área demonstrativa representante de Cuba na cooperação binacional¹⁴⁴.

Em janeiro do ano seguinte, dias 22 e 23, a equipe gestora do Projeto Conquista (representantes da administração pública municipal, diretor da FESF-SUS e gerente-administrativo do INCA) participou de uma oficina realizada na Escola de Formação em Saúde da Família – Secretaria de Saúde Municipal. Nesse encontro foram compartilhadas as experiências e informações colhidas na Convenção Internacional de Saúde e na visita técnica feita à Villa Clara¹⁴⁵. Sobre o Projeto, a Secretária Municipal de Saúde, reforçando o compromisso da Administração Municipal, asseverou: “esse projeto também é uma prioridade da nossa gestão. A visita a Cuba direcionou o nosso olhar e nos motivou”.

Com a finalidade de promover maior interação entre os países participantes do projeto de cooperação, foi realizado entre os dias 14 e 16 de março de 2013, em Vitória da Conquista, um evento cuja programação contava com visitas técnicas e palestras sobre os sistemas públicos de saúde e o cuidado dispensado às pessoas com câncer no Brasil e em Cuba, tendo como público alvo estudantes, médicos e demais profissionais de saúde¹⁴⁶. Sobre o Projeto Conquista, o presidente do INCA declarou: “o problema do câncer não é novo, mas a forma como está sendo abordada aqui é uma inovação, já temos um plano de ação e trabalho muito bem estruturado, eu tenho certeza que nós vamos alcançar bons resultados¹⁴⁷”.

Durante o encontro, no dia 15 de março, concretizando o Projeto, foi assinada a Carta de Intenção entre o INCA/MS, a SICC/MINSAP, a SESAB/BA, a FESF-SUS e a Prefeitura de Vitória da Conquista.

Conforme definido no encontro de março, objetivando a sensibilização dos profissionais de saúde quanto às mudanças propostas pelo Projeto, aconteceu, nos dias 14 e 15 de maio de 2013, o primeiro Seminário do Projeto Conquista com o tema “Um olhar para o câncer a partir da Atenção Primária”. A programação incluiu três conferências, abertas ao público, trataram da situação do câncer no Brasil e em Cuba e o cuidado a partir da atenção básica. Durante o evento, foram realizadas ainda quatro oficinas voltadas aos profissionais da área de saúde com os temas

¹⁴⁴ <http://www.pmvc.ba.gov.br/equipe-do-projeto-conquista-realiza-intercambio-em-cuba/>

¹⁴⁵ <http://www.pmvc.ba.gov.br/secretaria-municipal-de-saude-realiza-oficina-do-projeto-cooperacao-brasil-cuba-para-o-controle-do-cancer/>

¹⁴⁶ <http://www.pmvc.ba.gov.br/vitoria-da-conquista-recebe-comitiva-de-cuba-e-do-inca/>

¹⁴⁷ <http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-um-novo-olhar-sobre-o-controle-de-cancer-no-brasil/>

câncer do colo do útero, de mama e de pulmão e cuidados paliativos, ministradas por técnicos do INCA e profissionais do Município de Vitória da Conquista¹⁴⁸.

No último dia do Seminário, o Prefeito do Município recebeu das mãos da representante da SICC/MINSAP a Carta de Intenção, confirmando a realização do Projeto Conquista em Villa Clara, a mesma carta que havia sido assinada pelo Prefeito, pelo diretor-presidente do INCA, pelo diretor-geral da FESF-SUS e pelo representante da SESAB/BA, na solenidade de março¹⁴⁹, estabelecendo o compromisso para área demonstrativa brasileira.

Sobre essa fase, sustentou o representante da FESF-SUS¹⁵⁰:

Este é sem dúvida o principal momento do Projeto Conquista até agora. Com esta carta e com a realização do seminário, nós já estamos iniciando de fato a execução. A FESF-SUS está muito satisfeita com este momento que estamos proporcionando aos profissionais e aos estudantes de saúde.

Firmou-se, então, a cooperação internacional estruturante em saúde, definido o programa de controle do câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba como um dos projetos previstos para o enfrentamento do Tema nº 1 - “Terapêuticas e Programas de Controle do Câncer”¹⁵¹.

5.2 VITÓRIA DA CONQUISTA: ÁREA DEMONSTRATIVA

O município de Vitória da Conquista está localizado na microrregião do Planalto da Conquista, no Sudoeste da Bahia, a 512 quilômetros da capital. Com uma área de 3.743 Km² e uma população de 310.129 habitantes, distribuída entre a sede e 12 distritos, Vitória da Conquista é a terceira maior cidade do Estado da Bahia e do interior do Nordeste (excluídas as regiões metropolitanas).

A sede do município está situada num importante entroncamento rodoviário: no sentido Norte-Sul do país, a BR 116, e Leste-Oeste do Estado, a BA 262. Constitui, assim, em passagem para as principais cidades do Nordeste e do norte de Minas Gerais (IBGE, 2011), bem como, “um polo de atração para uma corrente migratória que abarca cerca de 80 municípios das regiões circunvizinhas¹⁵²”.

¹⁴⁸ <http://www.pmvc.ba.gov.br/vitoria-da-conquista-vai-sediar-seminario-do-projeto-de-cooperacao-brasil-cuba/>

¹⁴⁹ <http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-representante-de-cuba-entrega-carta-de-intencao-ao-governo-municipal/>

¹⁵⁰ Ibidem.

¹⁵¹ Os termos programa e projeto foram aqui utilizados em conformidade com o que está expresso no Projeto Conquista.

¹⁵² Teixeira e Solla, 2006, p. 174.

Principal centro regional, Vitória da Conquista destaca-se na prestação de serviços, especialmente nas áreas de educação e saúde¹⁵³. Em termos de saúde, é um “polo regional que exerce influência em uma área territorial e populacional que abarca cerca de 1 milhão de habitantes^{154,155}. Além da expansão da atenção básica iniciada em 1998¹⁵⁶, é um centro prestador de serviços médicos especializados (ambulatorial e hospitalar). Consta do Projeto Conquista (Vitória da Conquista, p. 20) que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo o censo de 2011, alcançava uma cobertura de 62%¹⁵⁷.

Tendo em vista que a neoplasia é a terceira causa de mortalidade no município¹⁵⁸, Vitória da Conquista conta com uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (Unacon), que presta o serviço de radioterapia no Hospital Geral da cidade; dispõe, também, de clínicas particulares especializadas e de uma casa de acolhimento, sem fins lucrativos, que abriga pacientes que chegam à cidade em busca de cuidados oncológicos.

Levando-se em consideração¹⁵⁹ o tempo de investimentos na Atenção Básica como coordenadora do cuidado e o alcance superior a 50% da ESF¹⁶⁰, bem como cobertura de serviços oncológicos; o aspecto quantitativo da população, que permite as proporções de um projeto piloto (superior a cem mil habitantes e inferior a quinhentos mil); a localização da cidade e a possibilidade da ampliação dos impactos do projeto, pelo fato de o município se consubstanciar em polo regional, elegeu-se Vitória da Conquista como área demonstrativa do Projeto Conquista no Brasil.

¹⁵³ Vitória da Conquista sedia três universidades públicas e quatro faculdades privadas.

¹⁵⁴ *Ibidem*, p. 175.

¹⁵⁵ A 20ª Dires - Diretoria Regional de Saúde, hoje transformada em Núcleo Regional de Saúde - NRS (Lei Estadual n.º 13.204/2014), tinha sede em Vitória da Conquista: uma extensão territorial de 21.932, 716 km² e população (em 2010) de 632.708 habitantes.

¹⁵⁶ Que teve como eixo, a partir de 1998, a implantação do Programa Saúde da Família. Nesse sentido, “Em fevereiro de 1998 Vitória da Conquista conseguiu habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica, passando a receber os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para atenção básica à saúde (PAB2) que anteriormente estavam, em sua maioria, alocados aos prestadores de serviços privados e unidades hospitalares da Secretaria Estadual de Saúde”. (Teixeira e Solla, 2006, p. 177-178).

¹⁵⁷ Informação extraída do Projeto Conquista (Anexo A), 2012, p. 18. Esse dado será discutido posteriormente, no item 5.4.1.1 desse trabalho.

¹⁵⁸ Perdendo apenas para causas externas e doenças do aparelho circulatório.

¹⁵⁹ Projeto Conquista (Anexo A), 2012, p. 28.

¹⁶⁰ Esse dado foi fornecido pelo Projeto Conquista e não corresponde ao que informa a MS/SAS/DAB e SESAB/COAM/DAB: http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145.

5.3 PROJETO CONQUISTA

Foram planejados diferentes eixos de desenvolvimento para as duas áreas demonstrativas do projeto de controle do câncer. Em Cuba, na província de Villa Clara, seriam discutidas as questões envolvendo a biotecnologia, a estratégia de intervenção da SICC e a formação profissional; caberia ao Brasil abordar sobre o cuidado ao paciente e sua família, a educação permanente, a comunicação em saúde, a pesquisa e monitoramento¹⁶¹.

5.3.1 Objetivos e metodologia

Diante da necessidade de aprimorar a atenção dispensada à pessoa com câncer, o texto do projeto apresenta a título de introdução:

[...] este projeto visa ao desenvolvimento de uma nova forma de organização e modelo de cuidado e controle do câncer enquanto doença crônica, buscando estratégias para promoção da saúde, prevenção e controle da doença e atenção integral ao paciente com câncer, a partir da atenção básica de saúde enquanto ordenadora do sistema (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p. 14).

O objetivo geral do Projeto Conquista é “encontrar estratégias para promoção da saúde, prevenção e controle da doença e atenção integral ao paciente com câncer, no âmbito da rede a partir da atenção básica de saúde” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2012, p.36).

A atenção básica objetiva oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, por meio do desenvolvimento de uma atenção integral, levando em conta sua estrutura como facilitadora de acesso da pessoa ao SUS. É possível perceber, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, em razão do contato mais próximo com os pacientes e seus familiares, seu importante papel na efetivação do cuidado.

Os objetivos específicos¹⁶² podem ser agrupados a partir dos quatro eixos escolhidos para orientar o desenvolvimento do Projeto:

¹⁶¹ Nesse sentido, Vitória da Conquista. 2012, p.35 e <http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-um-novo-olhar-sobre-o-controle-de-cancer-no-brasil/>

¹⁶² Vitória da Conquista, 2012, p.33-34.

Figura 2 – Eixos de desenvolvimento do Projeto Conquista



Fonte: Vitória da Conquista, 2012, p.35.

I – Cuidado ao paciente: sobre o primeiro eixo, esclarece o texto do Projeto (Vitória da Conquista, 2012, p. 36):

O cuidado ao paciente com câncer de modo qualificado, acolhedor e resolutivo, prestando a assistência necessária, é o foco do Projeto Conquista. (...) assim sendo, este eixo é o norteador do projeto. Ele buscará a qualificação do cuidado prestado na rede SUS local, promovendo a integração dos serviços e inserção da Atenção Básica como coordenadora do cuidado, visando preparar a rede para as inovações na promoção, na prevenção, no tratamento e no controle do câncer. É a partir deste e para este que as ações dos demais eixos serão desenvolvidas, buscando dar-lhe o embasamento necessário para a reorganização do cuidado em Oncologia no município de Vitória da Conquista.

Nessa linha, é possível organizar os seguintes objetivos específicos: experimentar inovação para reorganizar o papel da atenção básica na rede de atenção e demais áreas de atuação para cuidado e controle do câncer; articular ofertas das políticas públicas e modelos já existentes para atenção básica e doenças crônicas não transmissíveis; inovar no campo das ações de promoção de saúde voltadas para o câncer a partir da atenção básica; inovar no campo da produção de melhorias para a qualidade de vida das pessoas com câncer e seu contexto social; melhorar o controle do câncer a partir de ações de acompanhamento e atenção integral ao paciente e ao território a partir da atenção básica.

Dada sua importância como eixo norteador do Projeto, estava prevista a criação de um Grupo de Trabalho Operacional do Cuidado, com a finalidade de realizar um estudo sobre a rede, os fluxos de cuidado locais, e, assim, qualificar as ações e promover sua execução. Estariam presentes, nesse grupo, representantes de todos os serviços (gestor local, coordenação

da atenção básica e da atenção especializada) e instituições da rede e do projeto (representantes do Ministério da Saúde, INCA, SESAB, FESF-SUS e das instituições de ensino - UFBA e UESB), facilitando a articulação dos atores e das intervenções a serem desenvolvidas¹⁶³.

II – Educação permanente: sobre esse tema, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2005, p. 7e 8), afirma:

[...] A ideia é usar a Educação Permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. A Educação Permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, ser decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos. Eles devem levar os diferentes atores que atuam no setor da Saúde a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única.

Diante disso, e considerando os desafios para reestruturação dessa rede de atenção em Oncologia, no município de Vitória da Conquista, envolvendo os diferentes atores para o cuidado e controle do câncer, a educação permanente emerge como potencial desencadeador das mudanças, com a finalidade última de reconfigurar a “lógica de formulação das políticas de combate ao câncer no município”¹⁶⁴.

Para o desenvolvimento do eixo da educação, são objetivos do Projeto: desenvolver ofertas de educação permanente, com foco no cuidado em condições crônicas, garantindo o desenvolvimento da longitudinalidade; preparar uma plataforma tecnológica de pesquisa e inovação para futuras transferências de biotecnológicas; fortalecer a formação profissional promovendo cursos de pós-graduação com foco em agravos crônicos além de intercâmbio científico entre os países da América Latina.

Com o propósito de concretizar tais objetivos, foram previstas as seguintes ações: a) Pesquisa Operacional para criação de “um espaço de Educação Permanente a partir do processamento de situações-problemas extraídas do espaço de trabalho e do campo social¹⁶⁵”; b) Criação de sistema de educação permanente à distância (telessaúde e telediagnóstico); c) Qualificação do apoio institucional, objetivando identificar novos apoiadores;¹⁶⁶ d) Formação

¹⁶³ Vitória da Conquista, 2012, p.37-39.

¹⁶⁴ Vitória da Conquista, 2012, p.41.

¹⁶⁵ Ibidem, p. 42.

¹⁶⁶ Ibidem, p. 45.

de facilitadores em práticas alternativas de educação, como a educação popular (fomentando formas coletivas de aprendizagem e de negociação entre os atores envolvidos) e a terapia comunitária (baseada no "acolhimento, vínculo e empoderamento"); e) Oficinas para sensibilização dos profissionais e construção de protocolos e linhas do cuidado para os diferentes tipos de câncer; f) Estruturação de cursos de pós-graduação *stricto sensu*.

III – Comunicação e cultura: a comunicação em saúde tem grande importância no processo de transformação da realidade social, através da promoção e prevenção, além de educação e desmistificação de crenças socialmente construídas.

A proposta apresentada é a de construção de espaços para o diálogo sobre o câncer em busca de narrativas das pessoas envolvidas com a doença, ativando, desse modo, os coletivos para, a partir daí, buscar o compartilhamento de experiências, reflexões, expressões para alcançar os significados, os mitos, medos e vivências relacionados ao câncer¹⁶⁷.

Quanto a essa esfera, consta como objetivo específico do Projeto Conquista trabalhar com o imaginário da população, dos profissionais e dos gestores sobre a cronicidade da doença e, dessa forma, desmistificar o câncer como uma doença que necessariamente leva à morte.

Algumas ações foram previstas em busca de materializar esse objetivo: a) Ampliação da informação e produção de conhecimento sobre o câncer, por meio da divulgação de dados técnicos, considerando os determinantes sociais, variáveis de prevenção, diagnóstico e tratamento, além de dados epidemiológicos municipais, que contribuíram para a qualificação da informação; b) Desmistificação social da doença e do doente; c) Sensibilização dos profissionais de saúde; d) Captação de informações sob a ótica do paciente e familiares; e) Inserção da temática no cotidiano das USF, além de outras estratégias, com a criação de grupos de doenças crônicas, incluindo pacientes oncológicos, minimizando, assim, as diferenças entre os tipos de doença.

IV – Pesquisa e monitoramento: é a pesquisa que orienta a estruturação das ações em saúde, sendo clara a escolha desse eixo para nortear o desenvolvimento do Projeto, propondo (Vitória da Conquista, 2012, p. 61):

[...] um investimento na produção de conhecimentos, identificando, difundindo e usando-o de forma inovadora para melhorar as ações, bem como preparar uma plataforma tecnológica, que pode envolver desde medicamentos a tecnologias educativas e de cuidado, por exemplo.

Por estarem conectados com a esfera da pesquisa e monitoramento, podem ser agrupados os seguintes objetivos: possibilitar o controle dos fatores de risco e desenvolver

¹⁶⁷ Vitória da Conquista, 2012, p.

ações de prevenção específicas dos cânceres preveníveis a partir da atenção básica; incorporar a abordagem integrada do ciclo de vida no planejamento e na execução de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer na Rede de Atenção à Saúde local; realizar o monitoramento dos indicadores do câncer no município, integrando as informações entre as Redes de Atenção à Saúde; restabelecer o fluxo de registro hospitalar de câncer.

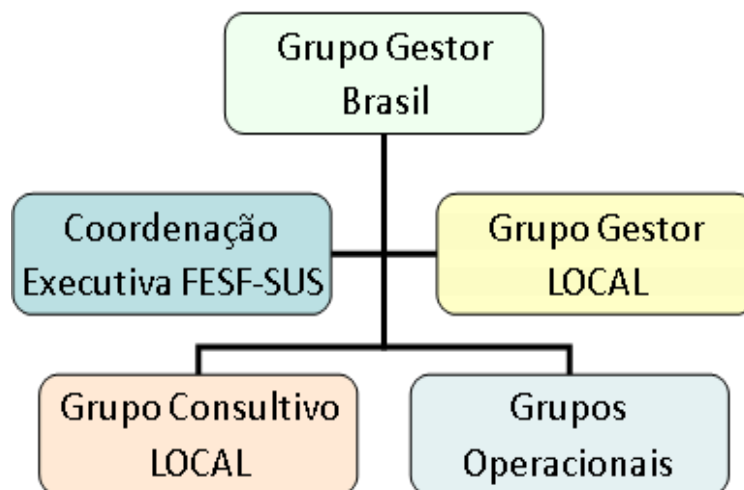
A metodologia definida foi a realização de um estudo comparativo sobre o comportamento do câncer e formas de organização do cuidado em saúde na Villa Clara (Cuba) e no município de Vitória da Conquista (Brasil).

O planejamento do Projeto em Vitória da Conquista se deu a partir da busca das potencialidades locais e das experiências prévias que pudessem direcionar as ações, desenvolvendo o projeto baseado em “uma relação dialógica com os atores municipais¹⁶⁸” (como os trabalhadores, os gestores, e os membros da universidade).

5.3.2 Governança e custos do projeto

Coerente ao que foi apresentado quanto aos eixos norteadores, objetivos e metodologia para a direção nacional do Projeto Conquista, foram criados órgãos colegiados em nível nacional e local (Figura3).

Figura 3 – Órgãos Colegiados em nível nacional e local



Fonte: Vitória da Conquista, 2012, p.28.

A formação e as atribuições dos grupos apresentados no diagrama acima são as seguintes¹⁶⁹:

¹⁶⁸ Vitoria da Conquista, 2012, p. 34.

¹⁶⁹ Ibidem, p. 28 e 29.

a) Grupo Gestor Nacional (Brasil): formado pelos representantes das instituições executoras, é responsável por conduzir o Projeto em consonância com os objetivos propostos na cooperação internacional e tem papel executivo em todas as fases.

b) Coordenação Executiva: a cargo da FESF-SUS, sendo a fundação responsável pelo apoio e coordenação compartilhada da agenda, das tarefas, da rede de pedidos e compromissos.

Constituída por sessenta e nove municípios do Estado da Bahia, a FESF-SUS é um órgão público e intermunicipal, que integra a administração indireta dos Municípios. Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, foi instituída em maio de 2009, com permissão da Lei Complementar Estadual n.º 29/2007, tendo como base os princípios de gestão compartilhada, democrática e participativa.

Segundo informação do site oficial¹⁷⁰ a missão da Fundação é:

Ser uma alternativa pública, inovadora e eficiente de gestão de serviços compartilhada, interfederativa e democrática no âmbito do SUS-BA; indutora de um modelo de atenção integral à saúde com ênfase na atenção básica, para a garantia da universalização e equidade do acesso à saúde; e instituidora de uma carreira pública para valorização do trabalhador.

A FESF-SUS, conforme esclarecimento contido no texto do Projeto Conquista (Vitória da Conquista, 2012, p. 24):

[...] conta com serviços que podem ser customizados conforme a necessidade e demanda do município e as ofertas buscam garantir a conformação da carreira estadual, a formação e qualificação em serviço, e os resultados e indicadores exigidos pelo Ministério da Saúde e pelas Políticas Nacional e Estadual de Atenção Básica.

c) Grupo Gestor Local (Vitória da Conquista): agrega os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, que tem papel de coordenar a execução local do Projeto, definindo seus passos, recursos e métodos.

d) Grupo Consultivo Local: composto por trabalhadores da rede de atenção básica e especializada do município, representantes do setor privado que compõem a rede local de atenção à saúde, representantes das universidades parceiras do Projeto e representantes de alguns setores da sociedade, como o de controle social do SUS e as organizações sociais que atuam junto à rede de cuidado e controle do câncer.

e) Grupos Operacionais: formados para atuar durante toda a execução do Projeto (2013-2015), são responsáveis pela execução dos eixos e planos de ação do Projeto, com autonomia para reformulações e ajustes que se façam necessários. Compete a esses grupos viabilizar as

¹⁷⁰ <http://www.fesfsus.ba.gov.br/a-fundacao/quem-somos/>

propostas concretas de execução, que deverão ser acompanhadas pelo Grupo Consultivo e definidas junto ao Grupo Gestor Local.

O Projeto Conquista foi documentalmente consubstanciado com a apresentação da proposta técnica. Tinha-se consolidado a fase de elaboração, isto é, os problemas já haviam sido identificados, os objetivos gerais e específicos definidos e parte das atividades planejadas.

Na programação das ações foi constatada a necessidade de recursos humanos e logísticos, tais como contratação de consultores; estruturação de salas de aula, biblioteca e laboratórios de informática; aquisição de software e câmeras; impressão de folhetos; elaboração e publicação de cartilhas e livros com os resultados das pesquisas.

Na segunda fase do Projeto, denominada fase de estruturação e pactuação, iniciada em dezembro de 2012¹⁷¹, aconteceria a aprovação interinstitucional. Após esse ato, cada instituição indicaria os recursos que deveriam ser alocados, razão por que o orçamento não ficou definido quando da elaboração do Projeto.

5.4 A INEXECUÇÃO DO PROJETO CONQUISTA

Com o término do Primeiro Seminário do Projeto Conquista, as notícias publicadas nos *sites* oficiais das instituições participantes começaram a escassear. A última publicação com informações sobre providências para execução do Projeto tem origem na página da FESF-SUS que, exercendo suas atribuições como coordenadora executiva, editou, em 21 de junho de 2013, o Ato Administrativo n.º 0214, que autorizava, *ad referendum*, a criação do cargo de Assessor Especial para a Gestão do Projeto Conquista¹⁷², nos seguintes termos:

Art. 1º. O cargo de assessoria do Projeto Conquista da FESF-SUS visa garantir a efetivação do projeto conforme parâmetros e termos definidos pela Cooperação Técnica Brasil-Cuba para Controle do Câncer.

Parágrafo único. O Assessor do Projeto Conquista descrito no *caput* deste artigo deverá garantir, de forma organizada, responsável e tecnicamente qualificada, a elaboração do projeto e documentos necessários, a articulação com os parceiros institucionais, acompanhamento da tramitação do projeto no Comitê Binacional, visando garantir assim a aprovação e execução do Projeto Conquista segundo firmado internacionalmente.

Contudo, não foram encontradas informações sobre a aprovação ou ratificação do ato administrativo (vez que era *ad referendum*), nem sobre o provimento do referido cargo.

¹⁷¹ Vitória da Conquista, 2012, p. 27.

¹⁷² <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/Ato-Administrativo-n%C2%BA-0214-Cria-e-regula-Projeto-Conquista.pdf>

Em setembro de 2015, aproximadamente dois anos depois da realização do referido seminário, foi submetido à Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, o projeto de pesquisa denominado “Cuidados Paliativos no Projeto Conquista: uma abordagem no Campo Direito e Saúde”.

A resposta encaminhada pela Assessoria de Planejamento e Educação Permanente, por meio do Ofício n. ° 004, de 03 de setembro de 2015 (Anexo B), foi bem objetivo. Segue sua transcrição: “Após análise pela Comissão a pesquisa foi indeferida: A comissão sugere reavaliação do tema, uma vez que o Projeto Conquista, alvo do estudo, não está sendo executado e, portanto, ainda não conclusivo”.

Levando em consideração que o Projeto Conquista tinha duração prevista para três anos, de 2012 a 2015¹⁷³, a informação da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa, prestada a menos de quatro meses do término do prazo assinalado, deixa clara a inexecução do Projeto. Ressalte-se que esse é o único documento oriundo de um dos entes participantes do Projeto que faz referência à sua inexecução.

Diante dos fatos mencionados e da impossibilidade da utilização das entrevistas como instrumento de coleta de dados, tendo em vista posicionamento do CEP/ENSP/FIOCRUZ, a pesquisa ficou limitada à verificação de alguns pontos tidos como essenciais e ao levantamento de hipóteses sobre os motivos da não execução do Projeto Conquista.

5.4.1 Verificações

Na lógica do sistema de planejamento, partindo do mais amplo para o mais específico, quanto à sua organização, é possível listar as políticas públicas, os planos, os programas e os projetos.

Di Giovanni (1998, p, 38) ensina que Políticas Públicas são:

[...] intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações problemáticas, que sejam socialmente relevantes. Trata-se de uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade.

¹⁷³ “Um dos temas da Cooperação internacional são as terapêuticas e programa de controle do câncer. Dentro desse tema/eixo de cooperação, está sendo desenvolvido o Projeto 3: Programas de Controle do Câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba. A duração prevista para esse projeto são 3 anos (2012- 2015)”. Vitória da Conquista, 2011, p. 22.

Quando essas intervenções são planejadas como uma sequência temporal de ações programáticas, com racionalidade técnica e seguindo uma prioridade de atendimento, identifica-se um plano.

O programa, por sua vez, é um conjunto de projetos que tem objetivos comuns. Nele são definidas as prioridades da intervenção, identificados e ordenados os projetos, estabelecido o âmbito institucional e alocados os recursos que serão utilizados¹⁷⁴.

No entender da ONU, conforme registram Cohen e Franco (1999, p. 85), “um projeto é um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas, para alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo”.

O Projeto Conquista é resultado de uma intervenção planejada a fim de possibilitar outra abordagem para o controle e tratamento do câncer, visando ao desenvolvimento de uma nova linha no cuidado. Configurando-se, desse modo, uma política pública de saúde, fruto de um programa de cooperação técnica binacional e referendado pelos países envolvidos.

O constante aumento das demandas, associado à escassez de recursos públicos, faz crescer a exigência por uma gestão de projetos que seja a um só tempo eficaz, eficiente e efetiva. Sobre esses conceitos, lecionam os autores (1999, p. 102,103 e 107):

A razão essencial do projeto é produzir mudanças em alguma parcela da realidade, solucionar um problema social, ou prestar um serviço a determinado subconjunto populacional. Operacionalmente, eficácia é o grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados.

[...] O conceito de eficiência pode ser considerado a partir de duas perspectivas complementares: se a quantidade de produto está predeterminada, procura-se minimizar o custo total ou o meio que se requer para sua geração; se o gasto total está previamente fixado, se procura otimizar a combinação de insumos para maximizar o produto.

[...] Diz-se que a efetividade constitui a relação entre os resultados e os objetivos. [...] É a medida do impacto ou o grau de alcance dos objetivos.

Dentre as diversas possibilidades para abordar as questões relacionadas ao planejamento de um projeto, este trabalho vai adotar a proposta de ciclo de existência, apresentado por Campos *et al.* (2002, p. 19), uma vez que essa foi a proposta adotada pelo Projeto Conquista¹⁷⁵.

¹⁷⁴ Cohen e Franco, 1999, p. 85 e 86.

¹⁷⁵ Vitória da Conquista, 2012, p. 26 e 27.

Para os autores, a vida do projeto pode ser dividida em quatro fases ou etapas: a elaboração, a estruturação, a realização e o encerramento. Consulta realizada na proposta técnica do Projeto Conquista forneceu os seguintes dados: a fase de elaboração foi encerrada em dezembro de 2012, duzentos e vinte dias depois do seu início; a segunda fase, identificada como pactuação e estruturação, teve o seu começo no mesmo mês de dezembro e estava em andamento.

Não foi possível localizar qualquer registro, em artigos ou documentos disponibilizados nas páginas oficiais das instituições participantes, sobre o desenvolvimento e término da segunda fase, nem da implementação das demais. Em razão desses fatos assinalados, a análise se deterá apenas na fase de elaboração do Projeto Conquista, em razão de ter sido a única sobre a qual há informação do efetivo cumprimento.

5.4.1.1 Elaboração

Na fase de elaboração é concebida a proposta técnica do projeto. Essa etapa é percorrida em três passos.

I - Primeiro passo: detectar o problema que será enfrentado.

Com essa finalidade, deve ser reunida e sistematizada toda a informação disponível, ressaltando que na caracterização do problema é indispensável levar em consideração a vivência de todos os atores envolvidos. Essa análise do contexto é fundamental Cury (2001, p. 44) leciona:

[...] é necessário descrever, analisar e entender a realidade local, social e institucional na qual pretendemos intervir e assegurar a conexão entre nossa intervenção no plano micro (comunidade, público-alvo do projeto) e no plano macro (município, estado).

Esse estágio parece ter sido cumprido com sucesso pelo Projeto Conquista. Foram verificados os índices de morbimortalidade, previsões de novos casos de câncer e da mortalidade dele decorrente, bem como o perfil do município e da atenção básica em níveis nacional e local.

É oportuno ressaltar que em estimativa realizada pelo Projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, vinculada à OMS, foram registrados quatorze milhões e cem mil novos casos de câncer e um total de oito milhões e duzentas mil mortes em todo o mundo. A carga global prevista para 2030 é de vinte e um milhões e quatrocentos mil novos casos de câncer e treze milhões e duzentos mil mortes dele decorrentes (INCA, 2014).

Em publicação do INCA¹⁷⁶, a estimativa prevista para o Brasil no biênio 2014/2015 era de aproximadamente quinhentos e setenta e seis mil novos casos de câncer. Especificamente no Estado da Bahia, a previsão apontava para vinte e três mil, quatrocentos e dez novos casos (INCA, 2014).

Em Vitória da Conquista, conforme dados do Projeto Conquista, a neoplasia¹⁷⁷ é a terceira causa de mortalidade, perdendo apenas para causas externas e doenças do aparelho circulatório¹⁷⁸.

No diagnóstico situacional foram percebidas as seguintes fragilidades (Vitória da Conquista, 2012, p. 25):

- Cultura Negativa: mitos sobre o câncer e acúmulo de experiência de morte e sofrimento relacionada a doença. Conhecimento insuficiente da população sobre a doença.
- Conhecimentos técnicos defasados e ausência de prática de educação permanente dos profissionais da rede, em especial da Atenção Básica, voltados ao saber-fazer cuidado e controle do câncer no território.
- Fragilidade da Atenção Básica para realizar coordenação do cuidado junto aos níveis especializados, com cultura de cuidado a pessoa com câncer concentrado na alta complexidade, de forma fragmentada e distante da Atenção Básica.
- Fragmentação das informações e dos bancos de dados sobre o perfil epidemiológico, sobre como a doença se comporta hoje na população local e como a rede está realizando o cuidado e o controle do câncer.

Com a alteração proposta pelo Projeto Conquista, o cuidado e o controle do câncer partiriam da atenção básica, estando, por isso, caracterizada a importância desse nível do cuidado e a fragilidade reconhecida na análise contextual (diagnóstico situacional), é oportuno tecer alguns comentários.

Em 1978, a OMS conceituou atenção primária à saúde atualmente denominada atenção básica como:

Atenção especial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios

¹⁷⁶ Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf.

¹⁷⁷ Sobre o perfil do município, Almeida et al, 2015, p. 2061: “Foram analisados 3269 pacientes, correspondentes ao período de 2009 a 2013, disponibilizados pelo Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia MICRO, através da aplicação de um questionário para análise de variáveis como gênero, idade, ano da biópsia, neoplasia diagnosticada e seu subtipo histológico. Dentre as neoplasias investigadas, próstata mostrou-se mais ocorrente, correspondendo a 70,5% dos laudos analisados. Seguindo de mama, que apresentou como subtipo histológico mais frequente o carcinoma ductal infiltrante. O adenocarcinoma gástrico do tipo intestinal foi o tipo histológico predominante encontrado na coleta dentre as neoplasias do estômago. Deste modo, o estudo fornece uma base acerca do perfil de ocorrência das neoplasias na microrregião de Vitória da Conquista, indicando que estas seguem os padrões epidemiológicos relatados anteriormente para outras regiões”.

¹⁷⁸ Vitória da Conquista, 2012, p. 21.

aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, sistema este do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde¹⁷⁹.

A atenção básica tem como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, desenvolvendo uma atenção integral, além de implementar ações intersetoriais de promoção e proteção à saúde e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde¹⁸⁰.

Porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado, o Programa de Saúde da Família, atualmente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), pretende reorientar o modelo assistencial através da implantação de equipes multidisciplinares em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Cada equipe, responsável por até quatro mil pessoas, deve contar, no mínimo, com um médico (generalista, especialista em Saúde da Família, ou em Família e Comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal (um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal).

Segundo disposto na Política Nacional de Atenção Básica¹⁸¹, são características do processo de trabalho na Atenção Básica e na ESF, entre outras: garantia da integralidade da atenção; realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; prática do cuidado familiar ampliado; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. É na atenção básica que se estabelece o espaço de cuidado longitudinal¹⁸² e produção de saúde.

¹⁷⁹ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> acessado em 23 fev 2015.

¹⁸⁰ Portal da Saúde, disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php acessado em 20 fev 2015.

¹⁸¹ Capítulo II, item 4, da Portaria 648/GM, 28/03/2006. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

¹⁸² Longitudinalidade: “[...] relação entre um médico e um paciente que se estende além de episódios específicos de doença. Esta relação é considerada reflexo de um senso de afiliação, frequentemente expresso em termos de

Não obstante, para que o serviço objeto do ESF se configure, realmente, como porta de entrada do SUS, é necessária a capacidade de atender, de forma pronta, a demanda dos usuários, fazendo com que a população reconheça que aquele é o lugar de primeiro acesso para a maioria dos cuidados fornecidos por uma equipe de profissionais disponíveis, competentes, com suporte material e com respostas adequadas para os casos que dependem do apoio tecnológico de outros pontos da rede de serviços¹⁸³.

Para contextualizar a Atenção Básica do município e da microrregião sediada por ele, este trabalho utilizará os dados, relatos e informações apresentados por Santos, em sua tese intitulada “Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde” (2013).

Oportuno ressaltar que essa posição do município como referência regional em saúde, foi elencada nas razões da sua definição como área demonstrativa no Brasil¹⁸⁴, pois viabilizaria a ampliação do impacto do Projeto. Assim, além da participação do município nessa microrregião, é principalmente essa influência que ele tem como polo regional em saúde que legitima o uso da pesquisa de Santos (2013).

Analisando a situação do município de Vitória da Conquista, constata-se que em dezembro de 2011 a população de 306.866 habitantes e uma estimativa de cobertura da ESF de 127.650 habitantes, contava com trinta e sete equipes de saúde da família (EqSF) e uma proporção de cobertura aproximada de 42%¹⁸⁵, com 29 equipes de saúde bucal (ESB) e a razão entre essas equipes e as EqSF era de 0,8. Por fim, o município dispunha de 4 núcleos de apoio à saúde da família (NASF)¹⁸⁶.

Quanto à proporção de cobertura populacional estimada da saúde da família é importante salientar que existe uma discrepância entre a informação contida no Projeto Conquista e a que é fornecida pelo MS/SESAB.

A primeira fonte (Vitória da Conquista, 2012, p. 18) traz a seguinte assertiva:

contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade clínica por parte do médico.” (Haggerty et al, 2003 *apud* Cunha e Giovanella, 2011, p 1031)

¹⁸³ Starfield, 2002, p. 207-217.

¹⁸⁴ Vitória da Conquista, 2012, p. 22.

¹⁸⁵ Conforme Tabela 01 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por município, por microrregião de saúde, macrorregião de saúde. Bahia. 2007-2015. Fontes: MS/SAS/DAB e SESAB/COAM/DAB (Bahia, 2013); Competência dezembro de 2011. http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145. É interessante observar que, conforme dados do site acima, em 2015 a proporção foi de 45,87, maior cobertura registrada (intervalo apresentado: 2007-2015).

¹⁸⁶ Santos, 2013, p. 163.

O censo de 2011 mostrou que a cobertura de ESF no município foi de 62%, apresentando boa oferta de serviços, com mais de 450 mil consultas médicas, 279 mil de Enfermagem e 102 mil de Odontologia, tendo realizado mais de 28 mil exames preventivos (Papanicolaou). (SMS/DAB, 2012)

Os dados disponíveis no site da Diretoria da Atenção Básica¹⁸⁷, por sua vez, informam que em 2011 a proporção de cobertura populacional estimada da saúde da família para a região de Vitória da Conquista era de 66,53%, e para o município de Vitória da Conquista era de 41,60%¹⁸⁸.

A cobertura da ESF superior a 50% foi um dos itens que justificaram a escolha do município de Vitória da Conquista como área demonstrativa no Brasil, assim, a significativa diferença entre a real situação do município e o falho diagnóstico situacional (aproximadamente vinte pontos percentuais), certamente traria problemas quando da execução do Projeto.

Nas palavras do pesquisador (2013, p. 165):

No cotidiano das equipes, a organização das atividades torna-se reativa às imposições limitadoras da demanda, ou seja, os profissionais, mesmo quando desejam e são estimulados a desenvolver ações para além da clínica biomédica, acabam por não conseguir e reduzem as USF a ambulatorios guiados pela queixa-conduta, com práticas mais centradas nos procedimentos que nas pessoas. Por outro lado, muitas equipes buscam certa racionalidade na condução do processo de trabalho e acabam por fechar-se em práticas programáticas, atendendo demanda organizada para certos grupos populacionais, mas comprometendo o atendimento oportuno de situações episódicas e de indivíduos menos aderentes à USF, ou o oposto, tornam-se excessivamente abertas e conduzidas, essencialmente, por demanda espontânea dos usuários. Nesse sentido, o desequilíbrio entre demandas programadas e espontâneas corroboram práticas distantes de uma APS forte, contribuindo para o não reconhecimento pela população-usuária, da USF enquanto locus privilegiado para o cuidado, contudo, o mais delicado é tornar equipes engajadas e que buscam desenvolver um processo de trabalho mais centrado nas famílias, pouco distintas de equipes mais tradicionais ou sem envolvimento com o trabalho, ou seja, há uma opacidade às boas práticas.

Esse serviço público de saúde, estruturado por meio de um sistema hierarquizado e regionalizado, tem sua razão última no usuário, a pessoa titular do direito humano e fundamental à saúde. Apesar disso, os usuários não reconhecem as USF como um lugar acessível e resolutivo, mas como a última alternativa para pessoas de baixa renda¹⁸⁹, uma vez

¹⁸⁷http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145.

¹⁸⁸ Conforme apresentado no site, a responsabilidade pelos indicadores, atualizados em fevereiro de 2016, é da Secretaria de Saúde do Estado, Diretoria da Atenção Básica, com endereço para contato: coamdabsesab@gmail.com

¹⁸⁹ Trecho de entrevista (Santos, 2013, p. 167) SUS: “**ideia de que é para pessoa de baixa renda**”... Eu acho que a vacina atrai as pessoas para o posto de saúde. Porque ninguém quer pagar vacina, vacina é caro! Então, nisso, Saúde da Família inevitavelmente atrai. Mas no SUS, as pessoas têm a ideia de que é para uma pessoa de baixa renda [...] que o SUS não é de qualidade, não é? Até a própria localização, às vezes, da unidade, privilegia uma

que não dispõe de meios ou recursos suficientes e é voltado para atendimentos mais simplificados¹⁹⁰. Esse entendimento enfraquece a ESF, pessoalizando no médico o cuidado e supervalorizando os hospitais¹⁹¹.

Um desafio a ser enfrentado, segundo dados da pesquisa de Santos (2013, p. 173-175), é a atração de médicos para trabalhar na ESF e a fixação deles nas equipes. Buscando resolver esse problema, os gestores frequentemente se utilizam de subterfúgios, na maior parte das vezes ineficientes, pois além de não resolver o problema acaba por agravá-lo. Exemplo disso é o pagamento de salários acima da média, que causam descontentamento entre os demais profissionais da ESF e gera competição entre municípios. Uma das consequências desse contexto é o esvaziamento das equipes nas cidades maiores, como Vitória da Conquista, onde os salários não acompanham essa corrida e a fiscalização, quanto ao cumprimento da carga horária, é mais efetiva¹⁹². Essa rotatividade de médicos impacta de forma direta na longitudinalidade do cuidado, atributo de suma importância para garantir a adesão e continuidade do tratamento dos portadores de doenças crônicas¹⁹³, inclui-se aqui o caso de pessoas com câncer.

Outra vulnerabilidade identificada pelo Projeto Conquista foi a defasagem de conhecimentos técnicos e a ausência de prática de educação permanente dos profissionais da atenção básica no que diz respeito ao cuidado e controle do câncer¹⁹⁴. No entanto, uma questão anterior a essa deve ser levantada: na microrregião de Vitória da Conquista não há exigência de

população [mais carente]. Lá na minha unidade [...] tem a ala A e a ala B. Então, as pessoas que são classe média e que têm plano de saúde, se sentem, inclusive, minimizadas, se você oferece o serviço da USF. Se sentem minimizadas de ir ao posto de saúde procurar algum atendimento que o ACS oferece. Não deixa o ACS entrar na casa, não deixa visitar, não quer saber. Trabalha o dia todo, nem estão em casa para saber. E quando estão em casa dizem assim: “Não, não preciso do posto de saúde, porque eu tenho plano de saúde” (GF-T4).

¹⁹⁰ Nesse sentido, Cecílio et al., 2012, p. 2898. Para além da obtenção de medicamentos, a rede básica é vista como passagem obrigatória para a obtenção de “guias” (encaminhamentos), pedidos de exames e mesmo de documentos para se conseguir os benefícios sociais. Uma percepção bastante compartilhada entre os entrevistados, e que reforça o sentido da atenção básica como o lugar de coisas simples, é de que o médico generalista seria um médico com pouca resolutividade, em particular como um encaminhador para o especialista e como um “trocador de receitas” vindos do especialista (...)

¹⁹¹ Santos, 2013, p. 168.

¹⁹² Trechos de entrevistas (Santos, 2013, p. 175) “**Rotatividade de médicos estimulada pela competição entre municípios...** Volto para aquele mesmo problema da rotatividade de profissionais, volto para aquele mesmo problema de assistência de recursos para a qualificação de profissionais e da capacitação. Hoje mesmo, tive a informação de que outro médico saiu. Então, estou com duas USF sem médico, que nos deixou agora em dezembro. [...] Você simplesmente tem um médico hoje e amanhã ele já não vem (Ent.5, GM). [...] O médico fala: “Porque eu vou ganhar 7 mil, 8 mil em Conquista para trabalhar 40 horas? De jeito nenhum, o outro município me paga 10, 12 e tenho um dia de folga, ou, então, eu atendo só um turno” (Ent.9, GM). [...] E o salário daqui é o menor da região [...] tivemos recentemente um médico que saiu do nosso PSF pra outro município vizinho para ganhar 15 mil, 3 dias na semana (Ent.7, GM)”.

¹⁹³ Giovanella, 2008, p. s 23.

¹⁹⁴ Vitória da Conquista, 2012, p. 25.

formação específica¹⁹⁵ ou comprovação de experiência para trabalhar na ESF¹⁹⁶. Esse descompasso técnico não está limitado à oncologia. Tal fato reforça, para o usuário do sistema, a imagem de que na USF é exercida uma medicina simplificada, além de relegar à Atenção Básica uma “formação residual, comprometendo, inclusive, a qualidade da assistência prestada”¹⁹⁷.

Outra dificuldade reside no desenvolvimento da capacidade dos profissionais da ESF em gerir o tratamento do usuário, quando este necessita de atendimento em outros pontos da rede. Também é um problema recorrente o esclarecimento e a coordenação da passagem obrigatória do usuário pela USF para ser encaminhado aos cuidados especializados¹⁹⁸. Essa articulação necessária entre os três níveis do cuidado depende de que a rede de serviços de saúde esteja integrada regionalmente e que exista fluxo comunicacional interligado^{199/200}. Essa fragilidade foi detectada no diagnóstico inicial, elencada em rol expresso no texto da proposta técnica do Projeto Conquista.

No caso de Vitória da Conquista, essa coordenação se torna mais complexa tendo em vista que o município é sede de uma microrregião que abrange 19 municípios²⁰¹, sendo necessária a administração de toda essa demanda. Santos (2013, p. 189) constatou:

¹⁹⁵ Trecho de entrevista (Santos, 2013, p. 179) [...] quem devia trabalhar em Saúde da Família é quem tinha formação em Saúde da Família. Mas a gente vê que não é assim [...] todo mundo que se forma, o primeiro galho que pega é o Saúde da Família. Isso, enquanto, não forma e faz residência. Faz prova para residência, passa, tchau Saúde da Família! Então, a gente fica numa roda-viva mudando de médico, mudando de enfermeiro, e a gente não vê a preparação dos profissionais. O que está acontecendo com as turmas novas que estão se formando de médicos? Estão passando 4 anos, os primeiros anos numa comunidade, na Saúde da Família, na unidade, mas, depois disso, a gente não vê esses profissionais se dirigindo para fazer a sua capacitação em Saúde da Família. A gente vê a mesma coisa, todo mundo fazendo as grandes especializações, quanto mais complexa, mais atrai os estudantes, E a gente vai ficando com Saúde da Família assim, com médicos como eu, que trabalhei 31 anos em consultório e em serviço de saúde pública, mas do tipo ambulatório, e aí que no momento que aquilo não estava me agradando mais, resolvi partir para outra coisa, pois eu quis saber como é Saúde da Família. Aí peguei esse novo galho para viver e vim trabalhar em Saúde da Família. Estou tentando aprender. E do outro lado, a gente vê profissionais que acabaram de se formar e que pegam como primeiro emprego, mas pega enquanto não surge uma coisa melhor e fica esse rodízio (GF-T4).

¹⁹⁶ Santos, 2013, p. 178

¹⁹⁷ Ibidem, p. 179.

¹⁹⁸ Exceto nos casos de urgência e emergência que não encontram suporte na ESF.

¹⁹⁹ Sobre a comunicação e a atenção básica Saltman, 2006, especialmente os capítulos um (p. 25-47) e cinco (p. 135-160).

²⁰⁰ Trecho de entrevista (Santos, 2013, p. 175): “**Filiação do usuário ao especialista...** [...] o grande problema do PSF é a contra referência, pois não existe. Quando o médico do PSF transfere o paciente para passar por um especialista, fica sem saber o que aconteceu, pois ele não tem o retorno, então, o ideal para que a ESF tivesse uma consolidação boa seria a contra referência. [...] Mas quando o paciente chega lá, o cardiologista pega o problema para si e de lá o paciente já sai ciente que não vai mais ao médico do PSF, que o médico que tem que atendê-lo é só aquele que atendeu lá [na especialidade], que trocou a medicação toda. Fica filiado com esse especialista. Aí, a consulta de retorno estrangula. Estrangula o sistema todo, porque o especialista quer a consulta de retorno, sendo que poderia fazer um relatório para o médico que encaminhou e remeter para ele o acompanhamento, orientando como [médico de PSF] deve acompanhar, mas isso não existe (Ent.1, GM) ”.

²⁰¹ Santos, 2013, p. 121 e 122.

Na rede microrregional de serviços, encontramos uma obrigatoriedade de acesso regulado via Atenção Primária de Saúde (APS), no discurso político e nos documentos institucionais, mas com inúmeras brechas que descaracterizam e comprometem os fluxos organizacionais. Nesse aspecto, profissionais de hospitais, ambulatórios de especialidades, centrais de marcação de consultas, secretarias municipais de saúde e serviços privados são acessados pelos usuários e geram solicitações e encaminhamentos paralelos para diferentes pontos da rede assistencial na microrregião, sobrepondo-se aos profissionais da APS e debilitando a posição de filtro da ESF.

[...] Nessa órbita, o maior desafio estabelece-se após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços de média e alta densidade tecnológica, por conta do estrangulamento na oferta de vagas frente à pressão das demandas, bem como, na capacidade dos profissionais da ESF de acompanharem o percurso do usuário que consegue iniciar o processo terapêutico fora do âmbito da APS. Nesse sentido, impõe-se desafios aos gestores e profissionais das EqSF para garantirem a resolubilidade e continuidade do cuidado dos usuários em tratamento num território regionalizado, com deficiências comunicacionais entre os níveis e insuficiência de serviços de suporte.

No caso do controle e tratamento dispensado às pessoas com câncer, essa limitação da oferta para atendimento em níveis de maior complexidade (consultas, exames ou procedimentos) é extremamente prejudicial, na medida em que impede o diagnóstico precoce e gera o agravamento do quadro.

Sintetizando esse ponto da sua pesquisa na microrregião de Vitória da Conquista, Santos afirma:

[...] os problemas na ESF apresentam um paradoxo, por um lado o debate acerca da clínica degradada e a falta de aderência/compromisso profissional com o trabalho comprometeriam as ações de saúde, por outro, encontramos um conjunto de profissionais que, mesmo quando desejam e/ou exercem uma prática mais alinhada com o que se espera para garantir a centralidade do cuidado na APS, é interdito por condições de infraestrutura de trabalho. [...] Ao lado disso, conforme vimos discutindo até aqui, destacamos o tipo de clínica desenvolvida por profissionais de saúde no âmbito da ESF. Nesse sentido, captamos uma forte presença do núcleo biomédico e uma dependência acentuada dos serviços médicos para legitimação e consecução da APS. Não é por acaso, que os discursos de gestores, profissionais de diferentes formações e usuários centralizam na prática médica a causa e a solução para as aflições individuais e coletivas na rede regionalizada. Por esse aspecto, percebemos um sombreamento acerca da discussão sobre o modelo de atenção à saúde que se deseja e o uso que é feito das tecnologias disponíveis para o trabalho em saúde, sem uma clara definição de prioridades nos processos terapêuticos.

Essa era a realidade da atenção básica regional entre 2011 e 2013. Em julho de 2012, numa entrevista concedida à revista Rede Câncer, a coordenadora do Programa Integral de Controle de Câncer e chefe da SICC/MINSAP, ao ser questionada sobre o objetivo de

estabelecer duas áreas demonstrativas no projeto de cooperação estrutural em saúde, declarou (Pérez, 2012, p. 30):

A intenção é melhorar o controle do câncer nas cidades escolhidas para a etapa piloto, partindo de estruturas e metodologias que já existem. Assim, poderemos construir novas formas organizativas que concebam o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e nos permitam unir esforços com outros atores da sociedade, em colaboração. Com a cooperação estrutural, busca-se o desenvolvimento de capacidades, de forma coerente, das instituições e dos recursos humanos que nelas trabalham, tendo como eixo central a população a ser atendida.

Embora controlar o câncer e tratar dele de forma “capilarizada” por meio da atenção básica tenha produzido resultados favoráveis em Cuba²⁰² e possa trazer benefícios para os usuários do SUS no Brasil, aumentar as atribuições das EqSF sem a indispensável reorganização do sistema e sem o devido ajuste de recursos humanos e materiais é sobrecarregar uma estrutura que já funciona em condição de precariedade, como ficou demonstrado.

Se, por um lado, é importante a utilização da estrutura de atenção básica já existente no município para a implantação do Projeto, inclusive por uma questão de viabilidade financeira, é essencial levar em consideração que sem as adequações necessárias e o monitoramento constante das ações programadas o Projeto Conquista torna-se inviável.

II - Segundo passo: uma vez definido o problema é necessário analisar as alternativas de solução, verificando sua viabilidade, para só então programar as atividades.

Cada alternativa de solução apresentada pelos atores envolvidos na elaboração do projeto deve ser detalhada o suficiente para que seja verificada (em abstrato) e avaliada. Segundo Campos et al. (2002, p. 30), qualquer que seja o nível de detalhamento inicial, “deverá incluir uma breve descrição da metodologia a ser empregada, uma estimativa do número de pessoas que serão beneficiadas, do volume de produtos ou serviços que serão gerados, os custos envolvidos e o horizonte temporal de realização do projeto”.

Verificar a viabilidade de um projeto consiste em avaliar suas potencialidades e capacidades, antes mesmo da sua implementação. O objetivo é examinar a solução escolhida para o problema, identificando sua possibilidade de êxito a partir das condições existentes. No exame da exequibilidade, devem ser levados em conta os aspectos social, técnico, operacional e financeiro.

²⁰² Em informação prestada pela representante da SICC/MINSAP (15 de maio de 2013, Primeiro Seminário do Projeto Conquista) em Villa Clara o cuidado primário se dá por meio de 37 policlínicas, todas elas contando com uma coordenação específica de oncologia, enfermeiro, psicólogo, clínico, odontólogo e um coordenador.

a) Viabilidade social: do ponto de vista social, não há dúvida quanto à relevância do Projeto Conquista. Diante do constante aumento da morbimortalidade nas diversas topologias, a proposta de organizar a atenção básica para participar da prevenção e acompanhar o tratamento das pessoas com câncer certamente causaria um impacto²⁰³ significativo.

b) Viabilidade técnica: consiste na adequação entre a metodologia, os recursos disponíveis e os resultados pretendidos.

Consta no projeto a realização de um estudo comparativo entre o comportamento do câncer e as formas de organização do cuidado em saúde nas áreas demográficas escolhidas. Ressalta, ainda, que o projeto será desenvolvido em “uma relação dialógica com os atores envolvidos²⁰⁴”, por entender que a “elaboração participativa potencializaria o início da construção da identidade do projeto”.

Da oficina realizada entre os atores sociais envolvidos no projeto em nível municipal, foram identificados os quatro eixos de ação que deveriam nortear o desenvolvimento do Projeto Conquista: cuidado ao paciente com câncer, educação permanente, comunicação e cultura, pesquisa e monitoramento (analisados no item 5.3.1). Depois foram criados grupos de trabalho para cada um desses eixos, com a finalidade de aprofundar a discussão dos temas e nortear as ações do projeto. O planejamento estratégico de cada eixo foi desenvolvido em momento posterior e contou com a participação dos atores locais e os representantes das instituições envolvidas.

A metodologia eleita, por sua vez, foi efetivada com a garantia da participação dos envolvidos na elaboração do Projeto e, ao menos no plano abstrato, as estratégias estabelecidas para cada um dos eixos (conforme item 5.3.1) se adequam parcialmente aos resultados esperados.

No tocante à atenção básica, as estratégias não se mostram suficientes, estando voltadas para a elaboração de instrumentos e fichas de cadastro para padronizar os dados e unificar as informações do usuário; a informatização e a construção de prontuário eletrônico, com intuito de facilitar o acesso aos dados, e, conseqüentemente, aumentar a resolutividade e minimizar o uso de recursos; a revisão dos protocolos clínicos do município e adaptação dos protocolos nacionais para a realidade local; ao estudo sobre os fluxos de atenção em câncer, baseados em evidências e recomendações para redefinir o fluxo do município de Vitória da

²⁰³ Utilizando aqui a conceituação apresentada por Cohen e Franco (1999, p. 92). Efeitos são os resultados das ações consideradas pelo projeto, enquanto que impacto é o resultado dos efeitos do projeto.

²⁰⁴ Vitória da Conquista, 2012, p. 29.

Conquista e readequar a linha de cuidado, para que ela seja mais resolutiva e possibilite a oferta racional do acesso, baseado em estudos de protocolos.

Todas essas ações são importantes e pertinentes, mas contribuem pouco na solução de algumas das fragilidades elencadas no próprio Projeto, como as dificuldades que os profissionais da atenção básica têm na coordenação do cuidado junto aos outros níveis do sistema. Além disso, outros problemas que influem de forma direta no cuidado e controle do câncer sequer foram considerados no diagnóstico situacional constante do texto do Projeto, como a dificuldade de fixação de médicos nas EqSF e a consequente rotatividade de profissionais, que dificulta a longitudinalidade do cuidado.

Quanto aos recursos, além de toda questão estratégica analisada quanto à atenção básica do município e microrregião, as informações ainda são insuficientes. Apesar da divisão do Projeto nos eixos de desenvolvimento e da criação de uma estratégia para cada um deles, não há indicação dos custos envolvidos. Para algumas ações nos eixos de educação permanente e de comunicação e cultura, o Projeto expõe a necessidade de recursos humanos e logísticos, mas, mesmo nesses casos, não apresenta previsão de custos²⁰⁵ e isso é um problema.

Tratando da importância de incluir os recursos no planejamento, Cury (2001, p. 47) ensina:

Para cada atividade prevista no projeto devem ser explicitados claramente quais os recursos físicos, financeiros e humanos necessários, pois só assim será possível elaborar um orçamento realista. O planejamento dos recursos deve ser minucioso, a fim de diminuir as surpresas na fase de implementação do projeto, dando contornos e limites à nossa ação.

Diante disso, não é possível verificar a presença da tríplice adequação entre metodologia, recursos e resultados, de forma que não há como assegurar a viabilidade técnica do Projeto.

c) Viabilidade operacional: examina a relevância (viabilidade social) e a justificativa dada pela instituição executora do projeto, assim como sua experiência no campo social de inserção da intervenção. Além disso, analisa a conformação organizacional, avaliando, dentre outros, os aspectos relacionados à estrutura de decisão e capacitação técnica da equipe.

O Projeto Conquista, como já foi salientado, deriva de uma cooperação internacional em saúde firmada pelos governos dos países Brasil e Cuba. Na província de Villa Clara, o controle e o cuidado dispensados às pessoas com câncer acontecem a partir da atenção básica. Assinale-se a participação da representante da SICC/MINSAP, no seminário realizado em 15

²⁰⁵ Vitória da Conquista, 2012, p. 30 e 40, 47 e 48.

de maio de 2013, em Vitória da Conquista, conforme se observa na notícia disponibilizada na página oficial da Prefeitura Municipal na Internet²⁰⁶.

“Cuidado ao paciente com câncer: Projeto Conquista em Villa Clara”, proferida pela médica da Sección Independiente de Control de Cáncer, do Ministério da Saúde Pública de Cuba (MINSAP), Gisela Abreu, foi explicado como funciona o Programa Nacional do Câncer na província de Villa Clara, que tem no câncer de pulmão a maior causa de morte da população. Para o combate ao câncer, cada uma das 37 policlínicas da província conta com uma coordenação de oncologia, enfermeiro, psicólogo, clínico, odontólogo e um coordenador.

Além da relevância social do objeto do Projeto, fica comprovada a experiência do SICC/MINSAP quanto ao controle e cuidado do câncer. Não obstante, a estrutura organizacional criada para a gestão do Projeto, bem como a distribuição das competências dos órgãos de governança, parece não ter sido concebida da melhor forma, ou, pelo menos, as expectativas quanto ao bom funcionamento dessa estrutura não se concretizaram, a julgar pela inexecução do Projeto.

d) Viabilidade financeira: analisa os custos envolvidos e a disponibilidade dos recursos para a realização das despesas previstas. Ao tratar do necessário planejamento financeiro das instituições envolvidas em projetos sociais, Souza (2001, p.104) declara:

Cabe a elas, portanto, o desafio de ir além de boas intenções e boas propostas, qualidades que caracterizam a maioria delas. É preciso que suas ações sejam desenvolvidas de forma eficiente, eficaz, ágil, participativa e transparente, superando a informalidade e buscando a concretização de objetivos comuns, com resultados capazes de interferir na realidade, transformando-a.

O Projeto Conquista, como foi visto anteriormente, não apresentou um plano financeiro que pudesse conduzir suas ações dentro dos parâmetros planejados e, além disso, não delineou um plano estratégico coerente à demanda que projeto de tamanha magnitude exigia para a sua efetivação. Por essas razões, tornou-se inviável a concretização das ações previstas, já que os custos e financiamento para o desenvolvimento das ações pretendidas não apresentavam sequer uma estimativa. O único parágrafo do texto que trata sobre o assunto informa (Vitória da Conquista, 2012, p. 26):

Para a segunda fase, de estruturação, acrescentamos o conceito de PACTUAÇÃO, visando demarcar a necessária aprovação interinstitucional do projeto antes mesmo que cada instituição indique recursos que poderão alocar no projeto.

²⁰⁶ <http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-relato-de-vivencia-e-palestra-sobre-o-cuidado-do-cancer-em-villa-clara-encerram-seminario>

Estes são os objetivos específicos para essa fase de estruturação e pactuação: aprovação interinstitucional do Projeto, formulação do orçamento, pactuação de rede de pedidos e compromissos para as responsabilidades institucionais e identificação da equipe de execução.

Não foram apresentadas informações acerca das aprovações internas, mas a conduta da FESP-SUS faz crer que pelo menos na Fundação isso aconteceu, como se depreende do ato administrativo n.º 0214/13, que criou o cargo de assessor do Projeto Conquista²⁰⁷.

Isso posto, não há como aferir a viabilidade financeira do Projeto Conquista.

III – Terceiro passo: Definido o problema, verificada a viabilidade da solução e programadas as atividades, resta a apresentação da proposta técnica.

Dos instrumentos de planejamento, segundo Cury (2001, p. 49), o projeto é o mais detalhado, possibilitando a compreensão do todo, de suas partes e de como elas se relacionam. Numa elaboração participativa, a proposta reflete o consenso dos envolvidos quanto aos objetivos e metas, às ações programadas, às estratégias eleitas como as mais adequadas e o processo de avaliação. Além disso, delimita responsabilidade e o compromisso de todos no projeto. Por fim, registra o que foi acordado.

A proposta técnica do Projeto Conquista foi apresentada como esperado e é datada de 2012. Consta deste trabalho identificada como Anexo A.

5.4.2 Hipóteses

Além da dimensão técnica, caracterizada pela busca competente de estratégias que permitam alcançar resultados mais eficientes e eficazes, está a dimensão ética²⁰⁸. Ela deve parametrizar a organização do processo de elaboração, implementação e avaliação dos projetos, delimitando seus fins e meios, pois a atuação na esfera pública exige um compromisso com a efetividade, com essa capacidade de intervir na realidade, alterando-a de forma positiva. Nesse sentido ensina Cury (2001, p. 38):

Otimizar recursos, melhor controlar e avaliar resultados, ter clareza de compromissos e responsabilidades para avançar na efetividade de nossos resultados não tem um fim em si, mas é fruto das exigências trazidas pelo *compromisso ético*, subjacente a toda e qualquer ação que se queira transformadora.

²⁰⁷ Como já foi dito antes, inexistente documento que demonstre o referendo necessário e o provimento do cargo.

²⁰⁸ Denominada por Cury (2001, p. 38) como dimensão ético-política.

Do início de fevereiro de 2012, com a assinatura da Carta de Intenção entre o INCA e o SICC/MINSAP, definindo o projeto de colaboração que deu origem ao Programa de controle do câncer em áreas demonstrativas do Brasil e Cuba, até a realização do primeiro Seminário do Projeto Conquista, em maio de 2013, muitos recursos públicos foram mobilizados para a realização de pesquisas, discussões, viagens, visitas técnicas, solenidades e encontros²⁰⁹. Quanto maior a relevância do projeto para a área de intervenção, quanto maior a competência com que foi construída sua justificativa, persuadindo os envolvidos e os beneficiários da sua importância, maior o prejuízo revelado pela sua inexecução; menor o compromisso com a efetividade e, por conseguinte, maior a distância daquela dimensão ética norteadora.

Diante de todo o exposto é possível levantar duas hipóteses sobre a não execução do Projeto:

I – A avaliação *ex-ante* foi falha. Em consequência disso, não foram feitos os ajustes necessários à viabilidade e exequibilidade do Projeto Conquista.

Muitos são os conceitos de avaliação. Segundo a ONU, conforme consignado por Cohen e Franco (1999, p. 76), avaliação é:

[...] o processo orientado a determinar sistemática e objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades à luz de seus objetivos. Trata-se de um processo organizativo para melhorar as atividades ainda em marcha e ajudar a administração no planejamento, programação e futuras tomadas de decisões.

Nas palavras dos autores supramencionados (1999, p. 77), entende-se que a “avaliação é uma atividade que tem como objetivo maximizar a eficácia dos programas na obtenção de seus fins e a eficiência na alocação de recursos para a consecução dos mesmos”.

Apesar dessas variações conceituais, há uma uniformidade em afirmar que a avaliação não deve acontecer só ao final, e sim, permear todo o processo de elaboração e execução do projeto. Assim, retroalimentando o planejamento, possibilita a escolha das ações mais eficazes e eficientes, além de, analisando o resultado dessas ações, viabilizar a retificação e/ou reorientação delas e das estratégias para alcançar o objetivo definido.

Quanto ao momento em que a avaliação se realiza, é possível classificá-la em: avaliação *ex-ante* e *ex-post*. Diante da inexecução do Projeto, só interessa a esse trabalho a primeira espécie.

A avaliação *ex-ante* é realizada logo no início do projeto, “tem por finalidade proporcionar critérios racionais para uma decisão qualitativa crucial: se o projeto deve ou não

²⁰⁹ Com o é possível inferir das notícias veiculadas pelas páginas oficiais das instituições envolvidas no Projeto.

ser implementado²¹⁰”. Nessa oportunidade são avaliados o diagnóstico e a proposta. De forma geral, a verificação diz respeito à capacidade do projeto de responder às demandas e expectativas da população alcançada; a viabilidade do que foi proposto; a adequação entre objetivos, estratégias e resultados; a importância do projeto para os beneficiários; a adesão e o envolvimento de todos os alcançados.

No entendimento de Carvalho (2001, p. 74):

Nessa fase, portanto, não só se levanta o conhecimento necessário ao projeto, mas conferem-se sua viabilidade e exequibilidade, ou seja, que condições políticas, técnicas, financeiras e materiais estão disponíveis e podem ser mobilizadas para sua execução.

Inicialmente se destaca a pouca importância que o Projeto Conquista dispensa à avaliação. Não há qualquer previsão, no texto da proposta técnica, de métodos ou processos de avaliação, de forma que não há previsão para sua realização.

A análise feita anteriormente (item 5.4.1.1) demonstra que, na época da sua elaboração, não havia como afirmar a viabilidade do Projeto Conquista em seus aspectos técnico, operacional e financeiro.

Em sua narrativa acerca da metodologia, o Projeto estabeleceu a realização de um estudo comparativo entre Vitória da Conquista e Villa Clara. Quanto ao planejamento, definiu sua construção conjunta com a participação de todos os atores envolvidos. Para atingir essa finalidade, concebeu quatro eixos norteadores do desenvolvimento do Projeto e propôs a criação de grupos de trabalho para cada um deles. Nas oficinas realizadas nesses grupos, seriam apresentadas estratégias e ações. O caminho metodológico eleito foi, de acordo com as informações veiculadas pelas instituições envolvidas, cumprido como planejado.

O objetivo geral do Projeto apresenta uma nova estratégia para cuidado e controle do câncer, que tem na atenção básica seu principal instrumento. Apesar da realização do diagnóstico situacional e da identificação de fragilidades nesse nível de atenção, elas se limitaram à ausência de educação permanente para o cuidado e controle do câncer e à deficiência na “coordenação do cuidado junto aos níveis especializados de atenção²¹¹”.

Como foi apresentado nesse capítulo, além desses, é possível enumerar outros pontos vulneráveis da atenção básica no município e microrregião, tais como: dificuldade em atrair médicos e fixá-los nas EqSF; a ausência de exigência de formação específica ou experiência para que os profissionais trabalhem na ESF; a rotineira redução das USF à ambulatórios guiados

²¹⁰ Cohen e Franco, 1999, p. 108.

²¹¹ Vitória da Conquista, 2012, p. 25.

pela queixa-consulta; o não reconhecimento, pelo usuário, da USF como um lugar acessível e resolutivo; o atendimento centrado na figura do médico e supervalorização do hospital.

O diagnóstico falho e pouco abrangente do contexto, onde se daria a intervenção, fez com que a escolha das ações estratégicas fosse insuficiente²¹², de forma que foram importadas para o Projeto, as deficiências da atenção básica local.

Ressalte-se, ainda, que não há previsão de custos no Projeto, apenas uma listagem incompleta de “recursos humanos e logísticos” necessários para algumas atividades programadas²¹³.

O documento em que o Projeto Conquista está consubstanciado não fornece subsídios para assegurar a adequação entre a metodologia escolhida, os recursos disponíveis e os resultados esperados.

Outro problema que se apresenta diz respeito à Governança. Dos seis órgãos colegiados conformadores da estrutura responsável pelas decisões e implementação do Projeto, cinco já estavam constituídos e em operação quando da apresentação da proposta técnica (o Grupo Gestor Nacional, a Coordenação Executiva FESF-SUS, o Grupo Gestor Local e o Grupo Consultivo Local). Não obstante, essa atuação não foi suficiente para que o Projeto Conquista fosse concretizado, o que demonstra falha na escolha da estrutura organizacional e na distribuição de atribuições. Mais uma vez são parcas as informações, pois o Projeto se limita a apresentar uma descrição sintetizada da gestão. Nesse sentido (Vitória da Conquista, 2012, p. 23):

Para a governança do Projeto criamos estruturas colegiadas, em nível nacional (Brasil) e local (Vitória da Conquista). Segue descrição resumida das atribuições e funcionamento dos colegiados e instâncias de governança do Projeto Conquista:

Constituindo a unidade mais específica e delimitada dentro da lógica do planejamento, o projeto é mais operativo de ação e, por isso, deveria ter o maior grau de detalhamento²¹⁴. Não obstante não é isso que se verifica no Projeto Conquista. Em razão das informações apresentadas, não era possível assegurar a presença das condições necessárias à viabilidade e

²¹² Ações elencadas pelo Projeto Conquista (2012, p. 31-33): construção de instrumentos e fichas de cadastro para padronizar os dados e unificar das informações do usuário; informatização e a construção de prontuário eletrônico, facilitando o acesso aos dados, com aumento da resolutividade e minimização do uso de recursos; revisão dos protocolos clínicos do município e adaptação dos protocolos nacionais para a realidade local; estudo sobre os fluxos de atenção em câncer baseados em evidências e recomendações para redefinir o fluxo do município de Vitória da Conquista e readequar a linha de cuidado, para que ela seja mais resolutiva e possibilite a oferta racional do acesso, baseado em estudos de protocolos.

²¹³ Vitória da Conquista, 2012, p. 39 e 40, 47 e 48.

²¹⁴ Nesse sentido, Cohen e Franco, 1999, p. 85 e 86.

exequibilidade do Projeto à época. Com a constatação atual da sua não execução, e admitindo que tenha sido feita essa espécie de avaliação, resta entender que ela foi falha.

II – Relegar a definição do orçamento, financiamento e a aprovação interinstitucional para um momento posterior esvaziou o Projeto Conquista.

O planejamento financeiro é indispensável na elaboração de um projeto; o plano de ação que foi definido como meio para alcançar os objetivos deve ser adequado aos recursos disponíveis. O gerenciamento de custos compreende os processos necessários para definir o orçamento do projeto e para assegurar o seu cumprimento. Uma vez dimensionados os recursos, é fundamental distribuir as ações programadas no tempo, com a elaboração de um cronograma, pois é isso que viabiliza a estimativa dos custos e a elaboração do orçamento²¹⁵.

Para Figueiredo (1995, p. 12), orçamento pode ser conceituado como “um instrumento direcional, constituído de planos específicos em termos de datas e de unidades monetárias, visando a orientar a administração no sentido de atingir os fins específicos”.

A elaboração do orçamento faz parte da última etapa do processo de planejamento do projeto; é o momento em que serão previstos os recursos necessários para o seu desenvolvimento e onde esses recursos serão aplicados em certo período de tempo. As receitas e despesas devem ser apresentadas de forma detalhada para propiciar uma boa programação, tanto da execução quanto da gestão financeira do projeto²¹⁶.

Uma vez orçado, é necessário identificar a fonte financiadora, pois dela depende, em grande parte, a exequibilidade do projeto. Em certo aspecto, a atividade governamental oscila entre a obtenção de recursos e sua distribuição nas diversas atividades estatais. Tais recursos são insuficientes para satisfazer as necessidades sempre crescentes oriundas, na maioria das vezes, da exigência de que o Estado garanta os direitos fundamentais sociais cuja eficácia é predominantemente prestacional, demandando provisão de serviços.

Além de não externar as estimativas de custos, a proposta técnica apresentada depois de terminada a fase de elaboração do Projeto Conquista, também não traz no conjunto de seus elementos, o orçamento. Se restringe a informar que ele será formulado na segunda etapa, denominada de estruturação e pactuação. Outro ponto que deve ser levado em conta é que além de não orçado, o Projeto também não traz as definições acerca do financiamento: identificação dos recursos, quantificação de valores e indicação de origem.

²¹⁵ Souza, 2001, p. 124-127.

²¹⁶ Souza, 2001, p. 126.

Em verdade, todas as decisões necessárias à efetivação do Projeto (aprovação interinstitucional, pactuação da rede de pedidos e compromissos para as responsabilidades institucionais e identificação da equipe de execução) foram definidas como objetivos a serem alcançados nessa segunda etapa do Projeto, iniciada em dezembro de 2012 e não concluída.

Realmente, na fase de estruturação de um projeto, é organizada a equipe executora e são mobilizados os meios necessários para implementá-lo. Não obstante, é importante salientar dois pontos:

a) Quando um projeto passa para a segunda etapa do seu ciclo de existência, ele já foi aprovado. O problema foi identificado; as possíveis soluções apresentadas tiveram a viabilidade verificada em suas diferentes esferas; foi escolhida a melhor proposta assim entendida a que com mais propriedade refletia os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.

Exatamente por essas razões, foram sistematizados, em documento escrito, os objetivos e metas, as ações e estratégias, as responsabilidades das instituições envolvidas e o processo de avaliação. A existência desse consenso entre os atores envolvidos na elaboração do projeto é que justifica a apresentação da proposta técnica.

b) A mobilização dos meios necessários para concretização do projeto depende do conhecimento prévio dos custos e do momento em que haverá demanda dos recursos. A aprovação do projeto advém da análise da sua viabilidade, e ela, por sua vez, da adequação entre as ações programadas e os meios disponíveis. Desse modo, a previsão das despesas, a origem do recurso financeiro e/ou sua forma de captação, devem constar dessa proposta técnica.

Por fim, quanto ao preterimento da aprovação interinstitucional do Projeto Conquista, é importante fazer uma breve contextualização.

Desde o início de 2010, havia uma grande mobilização política internacional com foco no tema do enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), dentre elas o câncer. Em 13 de maio de 2010, a Assembleia-Geral da ONU convocou, por meio da Resolução n. ° 265, uma Reunião de Alto Nível²¹⁷ sobre DNCT para ser realizada em setembro de 2011. Esse momento foi crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na criação e aperfeiçoamento de estratégias para o cuidado e controle dessas doenças, bem como para a inserção do tema das DNCT como fundamental para o alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade (Geneau et al, 2011, p. 2 e 3).

²¹⁷ Foi a terceira vez que a ONU convocou uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, nas anteriores foram discutidas a poliomielite e a aids.

Em 18 de agosto de 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações para Enfrentamento das DNCT (2011-2022). O conjunto de medidas propostas tem como objetivo reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. Sobre o câncer, o Plano declarou a existência de intervenções em todas as abordagens de prevenção e controle de câncer: prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (ONU, 2002).

No ano seguinte, em 31 de janeiro, foi assinada a carta de Havana, fortalecendo a cooperação internacional estruturante em saúde firmada entre Brasil e Cuba. Em novembro foi lançado o Projeto Conquista com uma participação muito efetiva do INCA. O Estado da Bahia e o Município demonstraram interesse na cooperação bilateral, assinando a Carta de Intenção e a FESF-SUS foi além, criando o cargo de coordenação, para viabilizar o Projeto.

Não obstante, ao protelar as deliberações sobre a aprovação, o financiamento e a definição de responsabilidades entre as instituições envolvidas no Projeto Conquista, perdeu-se uma oportunidade valiosa.

6. CONCLUSÃO

Após as pesquisas realizadas e feitas as análises apresentadas, no curso deste trabalho, pôde-se constatar a existência de duas fissuras no Projeto Conquista, que foram determinantes para a sua não execução.

A primeira sinaliza para a pouca importância dispensada à avaliação, na fase de elaboração do projeto, quanto à viabilidade de execução do que fora proposto; a segunda se revelou na escolha por postergar decisões indispensáveis à implementação das estratégias e ações apresentadas na proposta técnica.

Sem uma eficiente avaliação *ex-ante*, não foram validamente examinados o diagnóstico e as propostas assinaladas no Projeto. Entendendo que a incompletude e a insuficiência do diagnóstico influíram, de forma direta, na escolha das estratégias de intervenção.

Uma análise contextual prévia, caracterizada pela pouca abrangência com relação à atenção básica, principal instrumento para sua implementação, tornou a estratégia e as ações inicialmente programadas insuficientes para alcançar os fins elencados. Somou-se a isso a inexistência de previsão de custos e recursos necessários, impossibilitando o exame de viabilidade das propostas.

Conforme disposto no Projeto, as pactuações sobre as redes de pedidos e compromissos para definir as responsabilidades das instituições envolvidas ficaram relegadas a um momento futuro. Esse postergar de decisões, como foi assinalado, gerou uma proposta técnica lacunosa. Não houve previsão de orçamento nem de fontes de financiamento, sequer foi possível assegurar a aprovação interinstitucional do Projeto. Todas essas deliberações, indispensáveis à implementação do que foi proposto, ficaram para uma segunda fase, fase esta que não se completou.

Num exercício de contribuição ao debate, recomenda-se que, no futuro, se dê maior atenção à avaliação em todo o ciclo de vida do projeto, por entender a importância do processo para a realização do compromisso com a dimensão ética da Administração Pública, aquela que é a norteadora de toda a gestão do processo de elaboração, implementação e avaliação dos projetos, definindo seus meios e objetivos, mantendo aceso o alerta de que a atuação na esfera pública impõe um comprometimento com a efetividade.

REFERÊNCIAS

1. ALEXY, R. Teoria dos direitos fundamentais. São Paulo: Malheiros, 2008.
2. ALMEIDA, C. M. de; et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2010. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696>>. Acesso em: 01 out. 2015.
3. AQUINO, T. Summa de Teología. Presentación por Damián Byrne, O.P. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001.
4. Almeida, P. P; et al. Neoplasias na microrregião de Vitória da Conquista, Bahia. Revista Scientia Plena, vol 12, n. ° 01, jan. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2799-11338-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 abr 2016.
5. APPIO, E. Teoria geral do Estado e da Constituição. Curitiba: Juruá, 2005.
6. BAHIA. Lei n.º 13.204, de 11 de dezembro de 2014, Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, dez 2014, p. 1.
7. _____. Fundação Estatal Saúde da Família – Bahia. Ato Administrativo nº 0214, de 21 de junho de 2013. Autoriza a criação do cargo de Assessor Especial para a Gestão do Projeto Conquista. Disponível em: <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/Ato-Administrativo-n%C2%BA-0214-Cria-e-regula-Projeto-Conquista.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2015.
8. _____. Fundação Estatal Saúde da Família – Bahia. A Fundação: quem somos. Disponível em: <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/a-fundacao/quem-somos>>. Acesso em: 18 dez 2015.
9. _____. Diretoria de Atenção Básica (DAB). Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM). Salvador: SESAB, 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145>. Acesso em: 20 jan 2016.
10. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70, 1977.
11. BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saude soc., São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, Jul 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2015.
12. BARROSO, L. R. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro. Revista da EMERJ, v.4, n.15, 2001. Disponível em:

http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista15/revista15_11.pdf>. Acesso em 10 nov. 2015.

13. _____. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito (o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, vol. 58, Jan - Mar 2007.

14. _____. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. São Paulo: Saraiva, 2009.

15. BARROSO, L. R.; MELLO, H. L. de. "Aqui, lá e em todo lugar": a dignidade humana no direito contemporâneo e no discurso transnacional. In: BARROSO, L. R., *Doutrinas Essenciais de Direito Constitucional*, v. 8, ago. 2015. DTR\2015\11503.

16. BATISTELLA, C. *Abordagens contemporâneas do conceito de saúde*. 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=14&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 22 fev. 2015.

17. BISOL, J. Prefácio. In: OLIVEIRA, N. A. (Org.) *DIREITO SANITÁRIO: Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'*. 1ª ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS. 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/anvisa/publicacoes/livrodireitosanitario.pdf>>. Acesso em: 05/11/2015.

18. BOBBIO, N. *O Positivismo Jurídico. Lições de Filosofia do Direito*. São Paulo: Editora Ícone, 1999. Tradução e notas de: Mácio Pugliesi, Edson Bini e Carlos E. Rodrigues.

19. _____. *Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. Organização: Michelangelo Bovero. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

20. _____. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Tradução de: Carlos Nelson Coutinho. Apresentação de Celso Lafer.

21. BONAVIDES, P. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2004.

22. BRANDÃO, C. *Direitos humanos e fundamentais em perspectiva*. São Paulo, SP: Atlas, 2014.

23. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 1988.

24. _____. Lei n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, p. 18055, 1990.

25. _____. Decreto nº 46, de 1º de Março de 1991, Promulga o Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1. 04/03/1991. p. 3891.
26. _____. Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba na Área de Saúde. 12 de outubro de 2001. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2001/b_82/>. Acesso em 07 mar 2015.
27. _____. Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba na Área de Saúde. 26 de setembro de 2003. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_70/>. Acesso em 07 mar 2015.
28. _____. Protocolo Complementar ao Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba na Área de Saúde. 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2010/protocolo-complementar-ao-memorando-de-entendimento-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-de-cuba-na-area-da-saude/at_download/arquivo>. Acesso em 07 mar 2015.
29. _____. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
30. _____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 466.343-1/SP. Relator: Ministro Peluzzo, Cezar. Voto vogal. Ministro Mendes, Gilmar. Publicado no DJe de 05/06/2009. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/imprensa/pdf/re466343.pdf>>. Acessado em 01 out. 15.
31. _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SMP o que é. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>.. Acesso em: 20 fev. 2015.
32. _____. Ministério da Saúde. Projeto Conquista: cidade baiana testa nova abordagem do câncer na Atenção Básica. Blog da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31811-projeto-conquista-cidade-baiana-testa-nova-abordagem-do-cancer-na-atencao-basica/>>. Acesso em: 05 abril 2015.
33. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>.

Acesso em 10/07/2015.

34. _____. ANVISA. Relações Internacionais – Cooperação internacional.

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Agencia/Assunto+de+Interesse/Relacoes+Internacionais/Cooperacao+Internacional>>. Acesso em: 03 out. 2015.

35. BUCCI, M. P. D. Direito administrativo e políticas públicas. São Paulo: Ed. Saraiva, 2002.

36. BUSS, P. M. Saúde global e diplomacia da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.º 1, p.8-9, Jan 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100002&lng=en&nrm=iso)

311X2013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out 2016.

37. BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde.

Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2010. ISSN 1981-6278. Disponível em:

<<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/710/1355>>. Acesso em: 03 out. 2015.

38. _____. Brasil e saúde global. In: PINHEIRO, L.; MILANI, C. R. S. (orgs.). Política externa brasileira a política das práticas e as práticas da política. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2011.

Disponível em:

<[http://gustavocezario.com.br/gustavocezario/Publicacoes_files/Poli%CC%81tica%20Externa%20Brasileira%20\(2011\).pdf](http://gustavocezario.com.br/gustavocezario/Publicacoes_files/Poli%CC%81tica%20Externa%20Brasileira%20(2011).pdf)>. Acesso em: 05 out. 2015

39. CAIXETA, M. B. O sul global na política e academia. Observatório Brasil e o Sul, 2014.

Disponível em: <http://www.obs.org.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=662:o-sul-global-na-politica-e-academia&Itemid=130>. Acesso em: 23 Set 2015.

40. CALSAMIGLIA, Albert. Postpositivismo. In: Doxa: cuadernos de filosofía del derecho, n. 21, vol. I (1998), pp. 209-220. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2005.

Disponível em: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10389/1/doxa21_11>. Acesso em 10 nov. 2015.

41. CAMPOS, A. E. M.; ABEGÃO, L. H.; DELAMARO, M. C. O planejamento de projetos sociais: dicas, técnicas e metodologias. Rio de Janeiro: Oficina Social, Centro de Tecnologia,

Trabalho e Cidadania, 2002. Disponível em:

<http://www.coepbrasil.org.br/portal/publico/apresentarConteudoMestre.aspx?TIPO_ID=1>.

Acesso em: 10 jan 2016.

42. CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2015.
43. CANCIK, H. “Dignity of man” and “persona” in stoic anthropology: some remarks on Cicero, *De officiis I*. In: KRETZMER, D.; KLEIN, E. *The concept of human dignity in human rights discourse*. Netherlands: Springer, 2002.
44. CANOTILHO, J. J. G. *Direito constitucional*. Coimbra: Almedina, 1993.
45. _____. *Estado de Direito*. Coimbra: Gradiva, 1999.
46. _____. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 5 ed. Coimbra: Almedina, 2002.
47. CARVALHO, M. do C. B. Avaliações de projetos sociais. In: ÁVILA, C. M (Coord.). *Gestão de projetos sociais*. 3ª ed. rev. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.
48. CECILIO, L. C. O.; et. al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2016.
49. CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
50. CITTADINO, G. *Pluralismo. Direito e Justiça distributiva. Elementos da filosofia constitucional contemporânea*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.
51. CLÈVE. M. C. Sobre os direitos do homem. In: _____. (Org.). *Temas de direito constitucional e teoria do direito*. São Paulo: Acadêmica, 1993.
52. COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
53. COMPARATO, F. K. *A afirmação história dos direitos humanos*. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
54. _____. *Fundamento dos direitos humanos*. Instituto de Estudos Avançados da USP. 1997. Disponível em: <[http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/textos#Direitos Humanos / Cidadania](http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/textos#Direitos%20Humanos%20/Cidadania)>. Acesso em: 05 mar 2015.
55. COMTE-SPONVILLE, A. *Dicionário Filosófico*. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Tradução de: Eduardo Brandão.

56. COSTA, A. A. O controle da razoabilidade no Direito Comparado. Brasília: Thesaurus Editora, 2008.
57. COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2015.
58. CRIPPA, S. D. Os princípios Constitucionais das relações internacionais. Estado, direitos humanos e ordem internacional. 2011. 184 p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdades Integradas do Brasil – UniBrasil. Curitiba, 2011.
59. CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
60. CURY, T. C. H. Elaboração de projetos sociais. In: ÁVILA, C. M (Coord.). *Gestão de projetos sociais*. 3ª ed. rev. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.
61. D’AGNINO, R. (Coord.) Curso de gestão estratégica pública. 2009. Disponível em: <<https://adm711-2009.wikispaces.com/file/view/DAGNINO+2009+-+Curso+de+Gest%C3%A3o+Estrat%C3%A9gica+P%C3%BAblica.doc>>. Acesso em: 20 de nov. 2015.
62. DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, Fev. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2015.
63. DIAS, H. P. Direito Sanitário. 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/artigo_direito_sanitario.pdf>. Acesso em: 02/09/2015.
64. DI GIOVANNI, G. Sistemas de Proteção Social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. (org.) *Reforma do Estado & Políticas de Emprego no Brasil*, Instituto de Economia. Campinas: UNICAMP, 1998.

65. DIMOULIS, D; MARTINS, L. Teoria geral dos direitos fundamentais. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
66. DWORKIN, R. Levando os Direitos a sério. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Tradução de: Nelson Boeira.
67. FALLEIROS, I.; PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F. A. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. 2003. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/na%20corda%20bamba/cap_5.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.
68. FIGUEIREDO, S. Contabilidade e a gestão empresarial - A controladoria. Revista Brasileira de Contabilidade, Brasília, ano XXIV, nº 93, Mai/Jun 1995. Disponível em: http://www.isesonline.com.br/downloads/sandra/artigos/CONTABILIDADE_E_A_GESTAO_EMPRESARIAL_%20-_A%20CONTROLADORIA.pdf. Acesso em 13 dez. 2015.
69. FLORES, J. H. Direitos Humanos, Interculturalidade e Racionalidade de Resistência. Revista Sequência, Santa Catarina, v. 23, n. 44, jul. 2002. Tradução de: Carol Proner. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15330/13921>>. Acesso em: 04 nov 2015.
70. FUHRMANN, I. R. Revisando a teoria “dimensional” dos direitos fundamentais. Direito & Justiça – Revista de Direito da PUCRS, Porto Alegre, v. 39, n. 1, jan/jun 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/12746/9060>>. Acesso em: 22 jun.2015.
71. GENEAU, R. et. al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. The Lancet, v.377, Issue 9775, 23–29, april 2011. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/47531330.pdf>>. Acesso em: 05 jan 2016.
72. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
73. GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20060006000006&lng=en&nrm=iso>.. Acesso em: 24 fev. 2015.
74. GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso>.. Acesso em: 12 out 2015.

75. GOMES, C. C.; SEIXAS, P. N. Teoria e crítica do estado de direito: caracterização da polissemia e desafios nas perspectivas de diferença de gênero e ambiental. In: ROBL FILHO, I. N.; OLIVEIRA, A. A.; CADEMARTORI, S. U. (Coord.). Teoria do estado [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS. Florianópolis: CONPEDI, 2015. Disponível em:
file:///C:/Users/Usuario/Documents/Mestrado/ESTADO%20CONST%20COOP/n8FgRoQ7q3TXZp3g.pdf. Acesso em: 20 out 2015.
76. GUERRA FILHO, W. S. Processo constitucional e direitos fundamentais. São Paulo: Celso Bastos, 1999.
77. HÄBERLE, Peter. Hermenêutica constitucional. A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição. Porto Alegre: Sérgio Fabris, Editor, 1997.
78. _____. El Estado Constitucional. Cidade do México: Instituto De Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autonoma de Mexico, 2003.
79. _____. O Estado Constitucional Cooperativo. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.
80. _____. La Jurisdicción Constitucional en la Sociedad Abierta. Observatório da Jurisdição Constitucional, Instituto Brasiliense de Direito Público. Disponível em: <<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2555/96.pdf>>. Acesso em: 30 set 2015.
81. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ferramenta Cidades, 2011. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=293330>>. Acesso em: 04 fev. 2015.
82. IGLESIAS, C. A. A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento. CTPD – no período 1995-2005. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2010.
83. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa/2014 - incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf> Acesso em: 24 nov. 2014.
84. _____. Cooperação Brasil Cuba. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/internacional/acordo_brasil_cuba/>. Acesso em: 5 abril 2015.
85. KANT, E. Fundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Abril Cultural, 2007.
86. KELSEN, H. Teoria pura do direito. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Tradução de: João Baptista Machado.

87. KICKBUSCH, I.; BERGER, C. B. Diplomacia da Saúde Global. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/693>>. Acesso em: 07 out. 2015.
88. KICKBUSCH, I.; LISTER, G. European perspective on global health: a policy glossary, Brussels: European Foundation Centre. 2006. Disponível em: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/EFC_EPGH.pdf>. Acesso em: 12 out 2015.
89. KRELL, A. J. Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: S. A. Fabris, 2002.
90. KRYKHTINE, F. B. A criação da UNASUL SAÚDE e do ISAGS e as estratégias de cooperação em saúde na América do Sul: um estudo exploratório. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
91. LACERDA. B. A. A dignidade humana em Giovanni Pico Della Mirandola. Revista Legis Augustus, v. 3, n. 1, p. 16-23, setembro 2010. ISSN: 1516-9367. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/legis_augustus/pdf/ed1/Artigo_2.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.
92. LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
93. LIMA, F. M. M. de. O resgate dos valores na interpretação constitucional. Fortaleza: ABC, 2001.
94. LIMA, G. M. Críticas à teoria das gerações (ou mesmo dimensões) dos direitos fundamentais. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/4666/criticas-a-teoria-das-geracoes-ou-mesmo-dimensoes-dos-direitos-fundamentais>>. Acesso em: 24 jun.2015.
95. LOPES, A. M. D. Os direitos fundamentais como limites ao poder de legislar. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 2001.
96. LOURENÇO, L. F. L. et al. A historicidade filosófica do conceito de saúde. História da Enfermagem – Revista eletrônica, v. 3, n.1, jan/jul 2012. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.
97. LUÑO, A. P. Los derechos fundamentales. 3ª ed. Madrid: Editorial Tecnos, 1988.

98. _____. Las generaciones de derechos humanos. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, n. 10, sept./dic. 1991. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1050933.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
99. MAIA, P. S. P. Rudolf Smend e os direitos fundamentais como integração: esboço para uma crítica da fundação axiológica dos direitos. 2010. Disponível em: <<http://www2.tjce.jus.br:8080/esmec/wp-content/uploads/2010/02/arquivo-3.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.
100. MALHEIRO, E. Curso de direitos humanos. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.
101. MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. São Paulo: Didática, 1990/1991. v. 26/27.
102. MARMELSTEIN, G. Curso de direitos fundamentais. 5ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2014.
103. MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. *Saude soc.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2015.
104. MALISKA, M. A. Cooperação internacional para os direitos humanos entre o Direito Constitucional e o Direito Internacional. Desafios do Estado Constitucional Cooperativo. In: Congresso Nacional do CONPEDI, 15, 2008, Brasília. Anais... Brasília, 2008. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/conpedi2/anteriores/XVII+Congresso+Nacional+-+Bras%C3%ADlia+\(20%2C+21+e+22+de+novembro+de+2008\).pdf](https://s3.amazonaws.com/conpedi2/anteriores/XVII+Congresso+Nacional+-+Bras%C3%ADlia+(20%2C+21+e+22+de+novembro+de+2008).pdf)>. Acesso em 05 out. 2015
105. MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Políticas-de-Saude_organizacao-e-operacionalizacao-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.
106. MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; ABRASCO, 2001.
107. _____. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5. Set/Out. 2004.

108. _____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>.. Acesso em: 19 Ago. 2015.
109. MCCRUDDEN, C. Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights. *European Journal of International Law*, v. 4, n. 19, 2008. Disponível em: <<http://ejil.org/pdfs/19/4/1658.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2015.
110. MELLO, C. A. B. de. Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade. São Paulo: Malheiros, 1993.
111. _____. Elementos de Direito Administrativo. São Paulo: Malheiros, 1992.
112. _____. Curso de Direito Administrativo. 30 ed. São Paulo: Malheiros, 2012.
113. MENDES, Gilmar Ferreira. Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade. São Paulo: Saraiva, 2004.
114. MILANI, C. R. S. Evolução Histórica da Cooperação Norte-Sul. In: SOUZA, A. M. (Org.). Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento. Brasília: Ipea, 2014. p. 33-56.
115. MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.
116. _____. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
117. _____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, 2012. p. 621-626. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334009>>. Acesso em 15 mar. 2015.
118. MIRABETE, J. F. Processo Penal. 13 ed. São Paulo: Atlas: 2002.
119. MIRANDA, Jorge. Teoria do Estado e da Constituição. Rio de Janeiro: Forense, 2002.
120. MIRANDOLA, G. P. D. Discurso Sobre a Dignidade do Homem. Coleção Textos Filosóficos, vol. 25. Lisboa: Edições 70, 2011. Tradução e introdução de: Maria de Lurdes Sirgado Ganho.
121. MOREIRA NETO, D. F. Curso de direito administrativo: parte introdutória, parte geral e parte especial. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.
122. NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
123. NUNES, R. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

124. NUNES, L. V.; TEIXEIRA, S. M. O sistema de proteção social brasileiro a partir da constituição federal de 1988 aos dias atuais: universalidade, focalização ou seletividade? Revista Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.40. 2014. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4737/3546>>. Acesso em 18 abr 2015.
125. OMS. Constituição da organização mundial da saúde. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 fev. 2015.
126. _____. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 23 fev. 2015.
127. ONU. Declaração dos direitos do homem e do cidadão. 1919. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/declar_dir_homem_cidadao.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2015.
128. _____. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217 A. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris, em 10 de dezembro de 1948. 2014. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.
129. _____. Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.
130. _____. National cancer control programmes, policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>. Acesso em 05 jan 2016.
131. OSSWALD, W. Progresso da ciência: sentido e limites. In: ARCHER, L; BISCAIA, J; OSSWALD, W. Novos desafios à bioética. Porto: Porto Editora, 2001. Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; ABRASCO, 2001.
132. PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.
133. PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316,

- Ago.1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 set. 2015.
134. PÉREZ, J. G. La Dignidad de la persona y el Derecho. Madrid: Civitas, 1986.
135. PÉREZ, T. R. Brasil e Cuba: união de esforços no controle do câncer. Depoimento [julho, 2012]. Rio de Janeiro: Rede Câncer, n.º 18. Entrevista concedida a Simone Beja. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5b98bc004eb6940a8b2b9bf11fae00ee/09_entrevista.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 15 mar 2015.
136. PERELMAN, C. Ética e direito. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.
137. PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Verbetes – cuidado. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>.. Acesso em: 23 fev. 2015.
138. PINO, B. A. Evolução Histórica da Cooperação Sul-Sul (CSS) In: SOUZA, A. M. (Org.). Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento. Brasília: Ipea, 2014. p. 57-86.
139. PIOVESAN, F. Temas de Direitos Humanos. São Paulo: Max Limonad, 2012.
140. _____. Direitos humanos, o princípio da dignidade humana e a constituição brasileira de 1988. Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 833, mar. 2005.
141. _____. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
142. _____. Proteção dos direitos sociais: desafios do ius commune sul-americano. Revista do Tribunal Superior do Trabalho, São Paulo, v. 77, n. 4, p. 102-139, out/dez. 2011.
143. PIVETTA, S. L. Direito fundamental à saúde. Regime jurídico, políticas públicas e controle judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>.. Acesso em: 20 fev. 2015.
144. RADBRUCH, G. Filosofia do Direito. 6ª ed. Coimbra: Armênio Amando, 1997. Tradução e prefácio de: L. Cabral de Moncada.
145. RAMOS, A. C. Processo internacional de direitos humanos: análise dos sistemas de apuração de violações dos direitos humanos e a implementação das decisões no Brasil. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
146. RAMOS, B. O. A Cooperação Internacional e os Debates Teóricos: Um estudo de caso sobre a atuação da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) no Brasil. 2006. 96 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília. 2006.
147. REALE, M. Lições Preliminares de Direito. 25ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

148. ROSA, J. G. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar, 1994.
149. SALTMAN R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press, 2006.
150. SANTOS, A. M. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 334 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 2013.
151. SANTOS, L. C. Projetos Sociais: fragmentos de ensinamentos. REVISTA ADM PUBLICA: VISTA E REVISTA. v. 1, n. 4, p.39-50, mai/ago. 2003. Disponível em:<www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/PROJETOS%20SOCIAIS:%20FRAGMENTOS%20DE%20ENSINAMENTOS/>. Acesso em: 15 jan. 2016.
152. SARLET, I. W. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. Porto Alegre: Livraria dos Advogados, 2004.
153. _____. A eficácia dos direitos fundamentais. Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.
154. SARMENTO, D. Direitos fundamentais e relações privadas. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.
155. SATO, E. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/698>>. Acesso em: 28 Sep. 2015.
156. Sección Independiente de Control Del Cáncer. Eventos. Disponível em: <<http://instituciones.sld.cu/sicc/eventos/>>.. Acesso em 02 out. 2015.
157. SCHÄFER, J. Classificação dos direitos fundamentais do sistema geracional ao sistema unitário. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.
158. SCHWARTZ, G.; RACTZ, J. O direito público subjetivo à saúde: efetividade via políticas públicas. Revista Direito e Justiça - Reflexões Sócio jurídicas, v. 1, n. 9, nov. 2006. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_direito_publico_subjetivo_a_saude___efetividade_via_politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 01/12/2015.

159. SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2015.
160. SILVA, C. O. P.; GONTIJO, P. A. Análise metodológica de Peter Häberle. In: Congresso Nacional do CONPEDI, 15, 2008, Brasília. Anais... Brasília, 2008. <[https://s3.amazonaws.com/conpedi2/anteriores/XVII+Congresso+Nacional+-+Bras%C3%ADlia+\(20%2C+21+e+22+de+novembro+de+2008\).pdf](https://s3.amazonaws.com/conpedi2/anteriores/XVII+Congresso+Nacional+-+Bras%C3%ADlia+(20%2C+21+e+22+de+novembro+de+2008).pdf)>. Acesso em 05 out. 2015
161. SILVA, J. A. da. Curso de direito constitucional positivo. 16ª ed. rev. e atual., São Paulo: Malheiros, 2003.
162. SOUZA, A. M. Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento In: _____. (Org.). Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2014. p. 11-32.
163. SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p.20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.
164. SOUZA, M. R. de. Gestão administrativa e financeira de projetos sociais. In: ÁVILA, C. M (Coord.). Gestão de projetos sociais. 3ed. rev. – São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.
165. STARCK, C. The religious and philosophical background of human dignity and its place in modern Constitutions. In: KRETZMER, D.; KLEIN, E. The concept of human dignity in human rights discourse. Netherlands: Springer, 2002.
166. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
167. TENÓRIO, F. O Mito da Participação. *Revista de Administração Pública*, FGV, Rio de Janeiro, RJ, v.24, n. 3, maio/julho, 1990.
168. TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>. Acesso em: 09/01/2016.
169. TOBEÑAS, J. C. Los Derechos del Hombre. Madrid: Editora Reus, 1992.
170. TORRONTÉGUY, M. A. A. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde.

Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 4, n. 1. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/699/1344>>.. Acesso em: 29 set. 2015.

171. VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direito e saúde. Aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Orgs.). Direito e saúde: um campo em construção. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

172. VERGNE, I. J. B. O financiamento da Cooperação Técnica em Saúde pela Agência Brasileira de Cooperação: tendências no período 2003-2013. 2014. 68 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RHBTtzg3fwUJ:bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D4257+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 13 de out 2015.

173. VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Fundação Estatal Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Secretaria Municipal de Saúde. Sección Independiente para el Control del Cáncer. Ministerio de Saúde Pública de Cuba. Cooperação técnica Brasil-Cuba para controle do câncer. Projeto 3: Programas de controle do câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba. 2012- 2015. Projeto Conquista: Projeto interdisciplinar e social de cuidado e controle do câncer a partir da atenção básica. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

174. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de intervenção para inclusão dos cuidados paliativos aos portadores de câncer na atenção primária à saúde nas áreas demonstrativas do Brasil e Cuba, de 2013 a 2016. Elaboração Rita de Cássia Natividade Ataíde. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: SMS, 2013.

175. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício n. ° 004/20015. Expedido pela Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Comissão de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Vitória da Conquista, Estado da Bahia: SMS, 2015.

176. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Projeto Conquista: representante de Cuba entrega carta de intenção ao Governo Municipal. Disponível em:

<<http://www.pmvc.ba.gov.br/v2/noticias/projeto-conquista-representante-de-cuba-entrega-carta-de-intencao-ao-governo-municipal/>>. Acesso em 02 out. 2015.

177. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Equipe do Projeto Conquista realiza intercâmbio em Cuba. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/equipe-do-projeto-conquista-realiza-intercambio-em-cuba/>>. Acesso em 02 out. 2015.

178. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Secretaria Municipal de Saúde realiza oficina do projeto Cooperação Brasil-Cuba para o Controle do Câncer. 2013. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/secretaria-municipal-de-saude-realiza-oficina-do-projeto-cooperacao-brasil-cuba-para-o-controle-do-cancer/>>. Acesso em 02 out. 2015.

179. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Vitória da Conquista recebe comitiva de Cuba e do Inca. 2013a. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/vitoria-da-conquista-recebe-comitiva-de-cuba-e-do-inca/>>. Acesso em 02 out. 2015.

180. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Projeto Conquista: um novo olhar sobre o controle de câncer no Brasil. 2013b. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-um-novo-olhar-sobre-o-controle-de-cancer-no-brasil/>>. Acesso em 02 out. 2015.

181. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Vitória da Conquista vai sediar seminário do projeto de cooperação. 2013c. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/vitoria-da-conquista-vai-sediar-seminario-do-projeto-de-cooperacao-brasil-cuba/>>. Acesso em 02 out. 2015.

182. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Projeto Conquista: relato de vivência e palestra sobre o cuidado do câncer em Villa Clara encerram seminário. 2013d. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-relato-de-vivencia-e-palestra-sobre-o-cuidado-do-cancer-em-villa-clara-encerram-seminario/>>. Acesso em 02 out. 2015.

183. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias: Projeto Conquista: representante de Cuba entrega carta de intenção ao Governo Municipal. 2013e. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/projeto-conquista-representante-de-cuba-entrega-carta-de-intencao-ao-governo-municipal/>>. Acesso em 02 out. 2015.

ANEXOS

ANEXO A – PROJETO CONQUISTA

**COOPERAÇÃO TÉCNICA BRASIL-CUBA PARA CONTROLE DO
CÂNCER**

**Projeto 3: Programas de Controle do Câncer em áreas demonstrativas de
Brasil e Cuba. 2012- 2015**

Projeto Conquista

**Projeto Interdisciplinar e Social de Cuidado e Controle do
Câncer a Partir da Atenção Básica**

**Vitória da Conquista, Bahia – Brasil
Dezembro 2012**

Instituições Executoras



Ministério da Saúde
Governo Federal



Instituto Nacional do Câncer - INCA
Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância - CGPV



Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia - SESAB



Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS



Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
Secretaria Municipal de Saúde



Sección Independiente para el Control del Cáncer - SICC



Ministerio de Saúde Pública de Cuba - MINSAP

Sumário

- 1. Introdução**
- 2. Justificativa**
- 3. Contexto**
 - a. Atenção Primária no Brasil
 - b. Atenção Básica na Bahia
- 4. Situação de Saúde no Município de Vitória da Conquista**
- 5. Cooperação Técnica Brasil-Cuba**
- 6. Escolha do Município Demonstrativo**
- 7. Momento Atual do Projeto**
- 8. Objetivos**
 - a. Geral
 - b. Específicos
- 9. Metodologia**
 - a. Cuidado ao Paciente com Câncer
 - b. Educação Permanente
 - c. Comunicação e Cultura
 - d. Pesquisa e Monitoramento
- 10. Anexos**

Introdução

Há muitos anos o câncer é considerado um problema de saúde pública. Conhecido há longas datas, com registros desde o Séc. 30 a.C., apenas no Séc. XX deixou de ser considerado uma tragédia individual e incurável e passou a ser visto como um problema de saúde pública.

Antes, com o pouco conhecimento sobre a doença e o baixo desenvolvimento tecnológico da Medicina, era inevitável o sofrimento e morte dos doentes com câncer. Na maioria das vezes, eles eram “esquecidos” e excluídos pela sociedade, aterrorizadas pela possível contagiosidade.

Apenas no início do século XX, quando o câncer era cada vez mais visto no mundo como um grande flagelo, houve um aumento dos estudos e publicações sobre o tema e o surgimento de promissores tratamentos. O câncer começou, assim, a entrar no debate da saúde pública.

Este debate foi potencializado, no Brasil, pela conjuntura interna de forte viés nacionalista que culminou na reforma sanitária de 1919. Neste ano, deu-se início aos primeiros serviços de saúde pública de caráter nacional com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Foi neste que surgiu a primeira instância de saúde pública direcionada ao câncer: a Inspeção da Leprosia, Doenças Venéreas e Câncer. Primeiro passo em relação à incorporação do câncer como problema de saúde pública...

Além disso, a percepção das dificuldades para a cura do câncer, assim como o alto custo das tecnologias para ela empregadas, fez com que a doença se vinculasse cada vez mais ao campo da saúde pública. Para os cancerologistas, a luta contra o câncer deveria ter como foco o diagnóstico precoce e o tratamento, pois a prevenção era muito mais factível e eficaz do que o simples investimento em tecnologia e em ações curativas pelo poder central.

Assim, a transformação do câncer em mal prevenível tornava-o um objeto típico da saúde pública. Conceber o câncer como saúde pública significa pensá-lo como passível de controle pelas *ações de prevenção* aliado às *intervenções curativas* através do uso de tecnologias modernas de tratamento.

Deste modo, muitos avanços foram obtidos com o crescente investimento na prevenção, controle e tratamento do câncer. Campanhas nacionais de combate ao câncer foram sendo realizadas, assim como foram inaugurados institutos, centros e hospitais especializados em Oncologia. Reconhecido em 1961, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) passou a assumir, em 1991, a função de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer em 1991.

Apesar destes esforços, o crescimento do número de casos de câncer no Brasil é alarmante. Para 2012, foram estimados mais de 518 mil novos casos de câncer, taxa que será válida também para 2013.

Localização Primária	Casos novos	%
Próstata	60.180	30,8
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8
Cólon e Reto	14.180	7,3
Estômago	12.670	6,5
Cavidade Oral	9.990	5,1
Esôfago	7.770	4
Bexiga	6.210	3,2
Laringe	6.110	3,1
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5
Leucemias	4.570	2,3
Pele Melanoma	3.170	1,6
Outras Localizações	43.120	22,1
Todas as Neoplasias sem pele*	195.190	
Todas as Neoplasias	257.870	



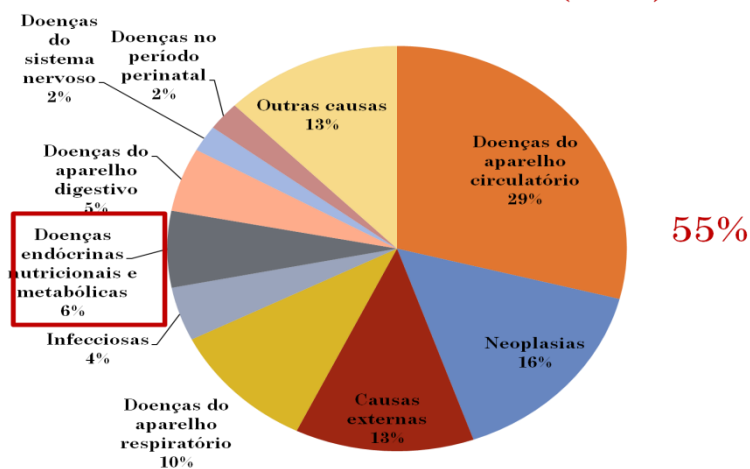
Localização Primária	Casos novos	%
Mama feminina	52.680	27,9
Colo do útero	17.540	9,3
Cólon e Reto	15.960	8,4
Glândula Tireoide	10.590	5,6
Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3
Estômago	7.420	3,9
Ovário	6.190	3,3
Corpo do útero	4.520	2,4
Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4
Sistema Nervoso Central	4.450	2,4
Cavidade Oral	4.180	2,2
Leucemias	3.940	2,1
Pele Melanoma	3.060	1,6
Bexiga	2.690	1,4
Esôfago	2.650	1,4
Outras Localizações	38.720	20,5
Todas as Neoplasias sem pele*	189.150	
Todas as Neoplasias	260.640	

*Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma

MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2011/ MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação

Quanto à mortalidade, em 2004, o Brasil registrou 141 mil óbitos por câncer. Já em 2010, este número aumentou para mais de 172 mil pessoas, e vem crescendo consideravelmente, ocupando lugar significativo no ranking das mortes por grupo de causas. Atualmente, as neoplasias são a 2ª maior causa de morte no país, perdendo apenas para as mortes por doenças do aparelho circulatório (dados do INCA).

Mortalidade no Brasil (2009)



No mundo, a taxa de crescimento da incidência de câncer não está diferente. Enquanto, para 2002, foram estimados 11 milhões de casos novos, esta taxa alcançará mais de 27 milhões

em 2030, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer.

Estas taxas acompanham o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É consequência direta das grandes transformações globais das últimas décadas, que incrementou mudanças no modo de vida, trabalho, consumo, alimentação e sedentarismo.

É fato, assim, que a incidência do câncer tem aumentado cada vez mais. Porém, diferente do ocorrido no século XX, o diagnóstico do câncer não é necessariamente sinônimo de brevidade de morte do paciente. O avanço tecnológico e medicamentoso tem propiciado um aumento da expectativa de vida do paciente com câncer.

Muitos destes pacientes, a depender das características de câncer, têm vivido por anos. Estudos na oncologia pediátrica, por exemplo, evidenciam que a taxa de pacientes que sobreviveram a alguns tipos de câncer por longa data aumentou de 28% em 1960 para cerca de 70% em 1990. (Borges e cols, 2006)

Pesquisas mostram, inclusive, que muitos destes pacientes de câncer têm sobrevida longa vindo a falecer por outras causas. Uma pesquisa recente realizada pela Universidade Virginia Commonwealth, nos Estados Unidos, e apresentada na reunião anual de 2012 da AACR (American Association for Cancer Research), comprovou este dado. Os pesquisadores acompanharam 1807 pacientes por mais de 18 anos. Durante o curso do estudo, 776 pacientes morreram, sendo que 51% morreram de câncer e 49% morreram por outras causas, sendo doenças cardiovasculares a principal causa destas mortes.

Segundo estes pesquisadores, aqueles pacientes que sobrevivem mais tempo ao diagnóstico inicial de câncer apresentam maior probabilidade de vir a falecer por outra condição clínica. Nesta pesquisa, 32,8% morreram de outra doença dentro de cinco anos de diagnóstico em comparação com 62,7% depois de 20 anos.

Paradoxalmente, apesar dos dados cada vez mais positivos e da ampliação da medicina sobre os conhecimentos e tecnologias contra os efeitos da doença, o pavor da população em relação ao câncer cresceu.

“O maior conhecimento da doença e o surgimento de alguma esperança no tratamento dos acometidos também ampliavam a compreensão da extensão do mal, de suas diversas faces e da limitada capacidade da medicina em domá-lo, intensificando com isso o temor da sociedade, que passou a ver o câncer como o flagelo da modernidade.” (INCA, 2007, pág. 13)

Assim, ainda está presente no imaginário popular contemporâneo a idéia do câncer como uma das principais enfermidades associadas à questão da morte. Receber o diagnóstico de câncer é sinônimo de receber uma sentença de morte. (Borges e cols., 2006; Kóvacs, 1998 em Gianini, 2007)

Estes dados demonstram a necessidade de se mudar a relação que é estabelecida com o câncer e, principalmente, no cuidado aos pacientes com câncer. De acordo com o pesquisador Yi Ning, MD, Sc.D., professor assistente do departamento de Epidemiologia e Saúde Comunitária da Virginia Commonwealth University (VCU), os pacientes com câncer poderiam se beneficiar mais por uma abordagem mais compreensiva e abrangente, menos focada no câncer e sim em sua saúde de modo geral. Segundo ele, “*após o diagnóstico do câncer, médicos e pacientes oncológicos prestam menos atenção na prevenção e tratamento de outras patologias e complicações*”. Com os resultados das pesquisas indicando que quase metade dos pacientes de câncer têm falecido por outras causas, Ning acredita que médicos e pacientes tem que ampliar os esforços para manejar estes riscos. “*Não devíamos negligenciar outros aspectos da saúde porque estamos focados no câncer e ignorar outras condições crônicas*” (em <http://www.epidemiology.vcu.edu/about/news/> Livre tradução).

Por isso, faz-se necessário uma mudança no paradigma predominante de investimento nas áreas assistenciais curativas para um enfoque em *novas formas de cuidado* com modelos que considerem a cronicidade do câncer, buscando a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Para se pensar em novas formas de cuidado, precisa-se compreender primeiro o que caracteriza uma doença crônica. A OMS considera que doença crônica é aquela que leva décadas para estar completamente instalada na vida da pessoa, sua emergência é muito influenciada pelas condições de vida que a mesma leva, tendo etiologia e fatores de risco múltiplos, o curso é prolongado e pode levar a deficiências e capacidades funcionais. (Ministério da Saúde, 2008)

Diante disso, o cuidado ao paciente com uma doença crônica vai além da atuação no sintoma propriamente dito, pois o impacto da doença vai além dos sintomas. Não é algo agudo e pontual, a doença crônica impõe mudanças definitivas na vida do indivíduo e sua família e exige deles uma adaptação constante para enfrentamento dos sintomas, cuidados contínuos e incapacitações que afetam a rotina e qualidade de vida do paciente. (Gianini, 2007).

Nova forma de cuidado em Oncologia, assim, supõe um cuidado integral, onde o paciente é enxergado para além da doença, como um “*ser humano que está com a doença*”,

não só um “*paciente oncológico*”. Nisso, é fundamental que o paciente seja acolhido em suas necessidades de escuta, vínculo e cuidado. Quando a construção de uma cura é difícil, o desejo de sentir-se cuidado é maior do que um mero diagnóstico e prescrição de tratamento.

Compete ao profissional de saúde o ato de cuidar, que refere-se a uma “atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes” e pressupõe a criação de vínculos e co-responsabilidade entre o profissional e aquele que busca o alívio de um sofrer – seja este físico ou emocional. Deve-se buscar, em última instância, a autonomia do sujeito. (Valla, Lacerda, 2004 em Ministério da Saúde, 2008) É a centralidade do cuidado como prática de integralidade em saúde.

Para que este cuidado seja feito adequadamente, de forma aberta e inteira, o profissional de saúde precisa reconhecer e aprender a lidar com as suas próprias questões e limitações. Este profissional de saúde é, antes de tudo, um sujeito dotado de fantasias e medos, e também imerso nesta cultura onde o câncer é tido como algo assustador, uma sentença de morte. Aliás, uma sociedade onde a morte em si é um tabu, onde se evita falar nela até nas instituições de saúde.

Cuidar de um paciente com câncer faz com que os profissionais de saúde tenham que lidar com a possibilidade iminente da morte e isto os remete, inexoravelmente, à sua própria finitude. Dispor-se a refletir sobre os seus medos, a possibilidade do próprio adoecimento e a condição humana de mortalidade leva ao fortalecimento daquele indivíduo e, assim, do profissional que nele está imbuído, e à abertura para lidar e compreender o outro, aquele que adoece e necessita de cuidado. (Py, 2004)

Saber lidar com isso não é uma tarefa fácil para a maioria das pessoas, exatamente pelo despreparo social, mas extremamente necessária para o profissional da saúde que tem como possibilidade no seu cotidiano deparar-se com um paciente com câncer. Apenas assim é possível poder cuidar efetivamente, de modo acolhedor e integral, de um paciente com câncer.

Porém, para além do profissional, o próprio sistema de saúde precisa estar preparado para lidar com o câncer como doença crônica. Nesta condição, o câncer tem muitas possibilidades de prevenção devido à sua longa duração, requer um tempo longo e uma abordagem sistêmica para o tratamento, e os serviços de saúde precisam integrar as suas ações e respostas na abordagem ao paciente. (Ministério da Saúde, 2008)

Infelizmente, o que se vê atualmente no Brasil é o paciente chegando ao sistema de saúde com o diagnóstico de um câncer já em estado avançado, muitas vezes sem possibilidade terapêutica. Sabe-se, porém, que a possibilidade de cura do câncer quando descoberto em fase inicial é extremamente alta. O que se pode perceber, então, é que há uma demora na suspeita

do diagnóstico, havendo a necessidade de mais ações no sistema de saúde voltadas ao rastreamento e diagnóstico precoce do câncer. Se o diagnóstico fosse realizado precocemente, agilizaria o encaminhamento dos pacientes e a qualidade do tratamento oferecido, tornando as condições bastante diferentes do que hoje é visto.

Isto ocorre porque o câncer, no Brasil, ainda é visto como uma patologia que deve ser cuidada na média e alta complexidade da rede de saúde, não havendo articulação entre seus níveis de atenção. Para adentrar na atenção secundária ou terciária, na maioria das vezes, o paciente já está sintomático, podendo impossibilitar muitas vezes uma intervenção menos invasiva e mais resolutiva.

Estudiosos que produzem tecnologias para o cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco mostram o quanto é essencial atuar no fortalecimento da *promoção da saúde*, na elaboração de *estratégias de prevenção*, na melhoria da capacidade de mobilização social para o *autocuidado* e *formulação de indicadores* adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde. (Ministério da Saúde, pág.30, 2008)

A crescente incidência de novos casos de câncer é um indicador que as ações preventivas e de promoção da saúde não estão sendo eficazes. Deste modo - fragmentando o sistema de saúde – há uma sobrecarga dos níveis secundário e terciário de serviços de saúde, aumentando a demora da intervenção e exames e diminuído a qualidade dos serviços prestados ao paciente, levando, muitas vezes, ao óbito.

Assim, é importante que sejam tomadas medidas para além das diagnósticas e curativas, ampliando o escopo das ações da saúde no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde no intuito de reduzir a carga do câncer. Como alerta o INCA:

“A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois, quando o número de casos novo aumentar de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. (...) As conseqüências poderão ser devastadoras nos aspectos social e econômico.” (site do INCA)

E estas medidas não podem ocorrer sem se considerar a Atenção Primária. Como é definida na Portaria nº 648 GM/2006, a Atenção Básica é “*um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.(...) É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da*

integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.”

(Brasil, 2006) É nela que se estabelece o espaço de cuidado longitudinal e produção de saúde.

Com a cronicidade do câncer, fazendo com que o paciente e seus familiares convivam por anos com a doença, este cuidado mais próximo, enquanto interação e construção coletiva do significado da doença, é essencial. Afinal, é necessário possibilitar melhoria na qualidade de vida ao paciente oncológico em todas as fases da doença, não apenas pontualmente na intervenção medicamentosa ou cirúrgica.

É fundamental o fortalecimento da Atenção Básica enquanto eixo norteador da atenção em saúde. É a Atenção Básica que tem a incumbência de assumir a coordenação do cuidado, estruturando toda a rede de serviços ao paciente com câncer a partir da articulação da atenção primária, secundária e terciária. (Ministério da Saúde, 2010)

Deve-se buscar o desenvolvimento de uma nova forma de organização visando à melhoria do cuidado e controle do câncer em todas as fases possíveis de intervenção ao longo da sua história natural: uma mudança de modelo, que desloca a centralidade quase exclusiva de inovação em quimioterápicos, em direção à inclusão de outros recursos terapêuticos de cuidados crônicos na Atenção Básica de Saúde, além da promoção e a prevenção dos cânceres.

Fortalecer o cuidado e controle do câncer a partir da Atenção Básica – e isso envolve curar, mas também controlar e prevenir - é a força motriz deste projeto, havendo a necessidade de investimento em estratégias que propiciem mudanças na prática de gestão e do cuidado a pacientes com câncer.

Justificativa

Diante do exposto acima, percebe-se que a incidência do câncer tem crescido em todo o mundo, ao mesmo tempo em que vem sendo desenvolvidas tecnologias que auxiliam na cura ou no controle da doença, levando à cronificação do câncer.

Contudo, o modelo de atenção atualmente utilizado no país para esta doença não tem dado conta do cuidado integral do paciente com câncer em todas as fases da doença, estando voltada ainda para as intervenções curativas nos níveis secundários e terciários do sistema de saúde.

Frente à necessidade de melhorias no cuidado ao paciente com câncer, este projeto visa ao desenvolvimento de uma nova forma de organização e modelo de cuidado e controle do câncer enquanto doença crônica, buscando estratégias para promoção da saúde, prevenção e

controle da doença e atenção integral ao paciente com câncer, a partir da atenção básica de saúde enquanto ordenadora do sistema.

Contexto

Atenção Primária no Brasil

Por muito tempo o Brasil utilizou o termo “Atenção Primária” como sendo distinto de “Atenção Básica”. Para alguns autores, utilizar o conceito de Atenção Básica refere-se a conotação de “fundamental” para garantir a saúde, e não o de básico ou simples. Enquanto o uso de Atenção Primária está ligado ao “principal ou primordial” e não como primário, no sentido de primitivo, inicial (MENDES, 2005).

Contudo, com o advento da Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, que estabelece a nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, em que a mesma define os termos Atenção Básica e Atenção Primária como equivalentes:

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. (BRASIL, 2011)

Com isso, passaremos a utilizar o termo “Atenção Básica - AB” neste documento, equivalente a “Atenção Primária”.

A Atenção Básica no Brasil caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tendo como estratégia prioritária para sua organização territorial a Saúde da Família, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida de forma descentralizada, o mais próximo da realidade das pessoas, sendo orientada pelos princípios de Universalidade, da Acessibilidade, do Vínculo, do Cuidado contínuo, da Integralidade da atenção, da Responsabilização, da Humanização, da Equidade e

da Participação Social, considerando a singularidade de cada sujeito imerso em um sociedade plural e multicultural. (BRASIL, 2011)

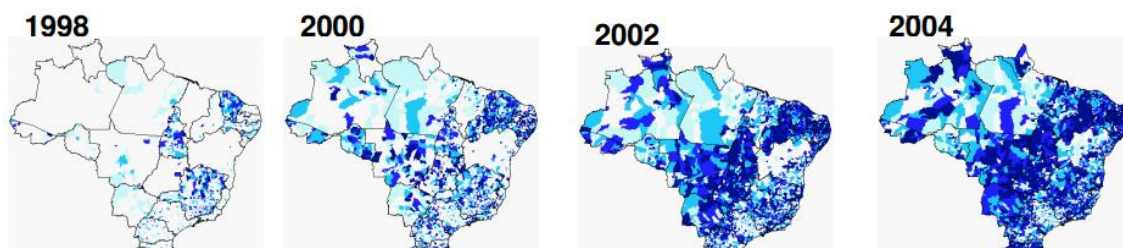
Atualmente, o Brasil possui mais de 246.130 Agentes Comunitários de Saúde, que cobrem 62% da população em 5.374 Municípios, são aproximadamente 32 mil Equipes de Saúde da Família cobrindo 52% da População em 5.279 Municípios, as Equipes de Saúde Bucal chegam a 20.640 e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família já são mais 1.498 em 981 Municípios. Nos últimos anos a estratégia vem apresentando um ritmo de crescimento global de 3% ao ano que se expressa também nos municípios com mais de 100 mil habitantes e nas capitais do país.

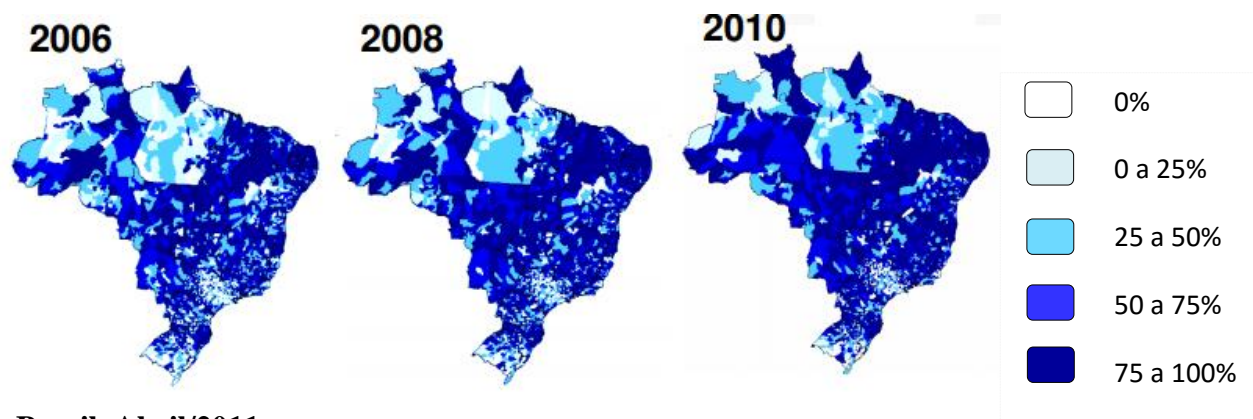
Com base na nova PNAB, o Brasil passa a estruturar um elenco de ofertas de ações e serviços a partir da Atenção Básica, no sentido de garantir o acesso e qualidade do cuidado prestado a população. Conseqüentemente, também assumiu o papel central no Sistema Único de Saúde de ordenadora e coordenadora do cuidado. Visto que, sua atuação está capilarizada nas comunidades, devendo formar uma trama (rede) com os serviços complementares, que possibilite assistir às necessidades de forma ascendente no Sistema de saúde em uma relação horizontal, continua e integrada entre serviços, para a produção do Cuidado Integral em Rede.

Com isso, a Rede de Atenção no SUS, a partir da necessidade das pessoas, passa a ser tratada (processada/ cuidada) na AB, possibilitando o adequado direcionamento tecnológico, de forma singular. Cabe ainda, ressaltar que por ter sua concepção de cuidado baseada em uma responsabilidade sanitária territorial, a AB torna-se referência para o usuário e para a Rede Assistencial. Dessa forma, independente do cuidado prestado, no âmbito hospitalar, na clínica especializada, entre outros, é a Equipe de referência na AB, que deverá acompanhar seu percurso, monitorando-o e gerenciando-o, pois apesar de estar fora do seu domicílio, o usuário não deixa de ter como referência o seu território de vida, ao qual está sob a responsabilidade da Atenção Básica.

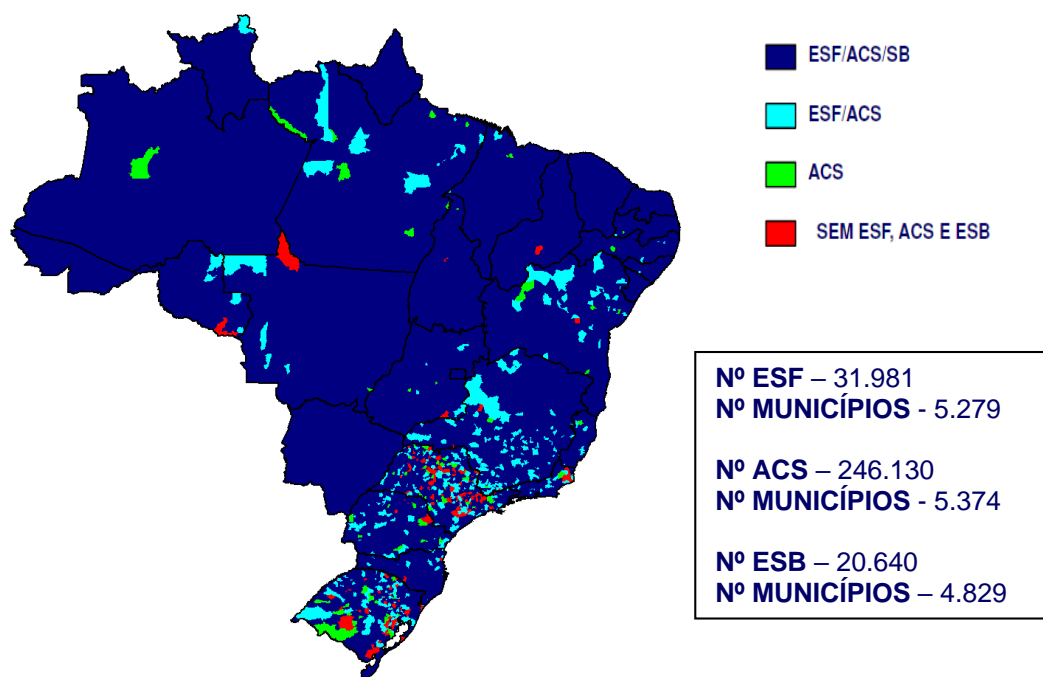
Para tanto, o Sistema Único de Saúde tem como desafio a qualificação das Redes de Atenção à Saúde – RAS, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010)

Evolução da População Coberta por ESF Implantadas - BRASIL:





Brasil, Abril/2011



Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

No que se refere às Redes de Atenção à Saúde, voltado às pessoas com doenças e condições crônicas, que engloba a abordagem no controle do câncer e gestão do cuidado, o modelo adotado pelo SUS, baseia-se na AB como coordenadora e ordenadora do cuidado, produzindo informações, conhecimento, poder de decisão da Equipe e do usuário, tornando-o empoderado para o enfrentamento de sua condição. (BRASIL, 2010)

Modelos de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas: O modelo de cuidado crônico tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares); à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). O ponto central desse modelo é a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento (NOLTE; MCKEE, 2008)

Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas



Fonte: Nolte; McKee, 2008 (adaptado).

Considerando a condição de vida em um aspecto integral e amplo de saúde, devemos entender que é mediante a conjunção de esforços e reconhecimento dos vários pontos de Atenção mediados de forma organizada que poderemos constituir uma Rede de cuidados e controle do câncer voltado para as pessoas.



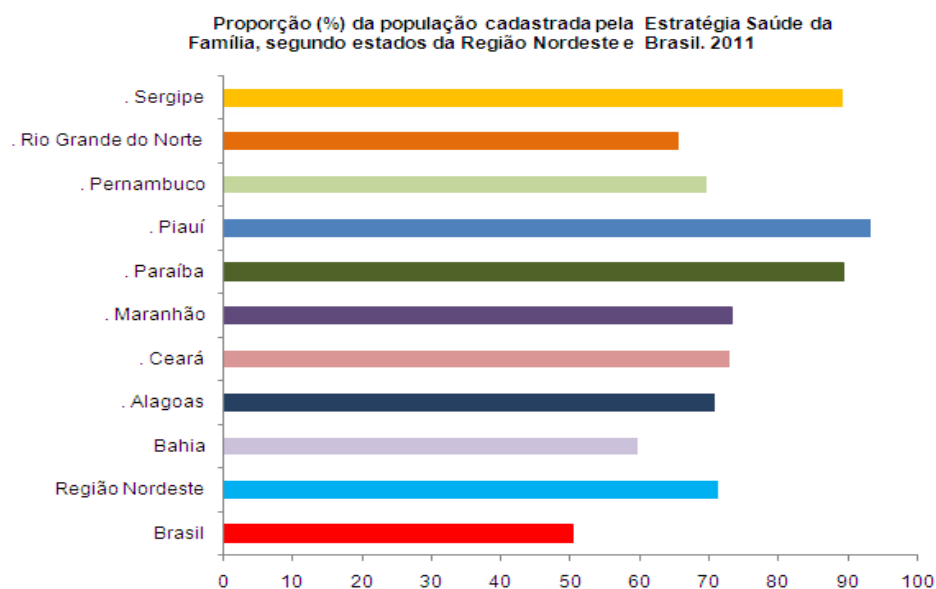
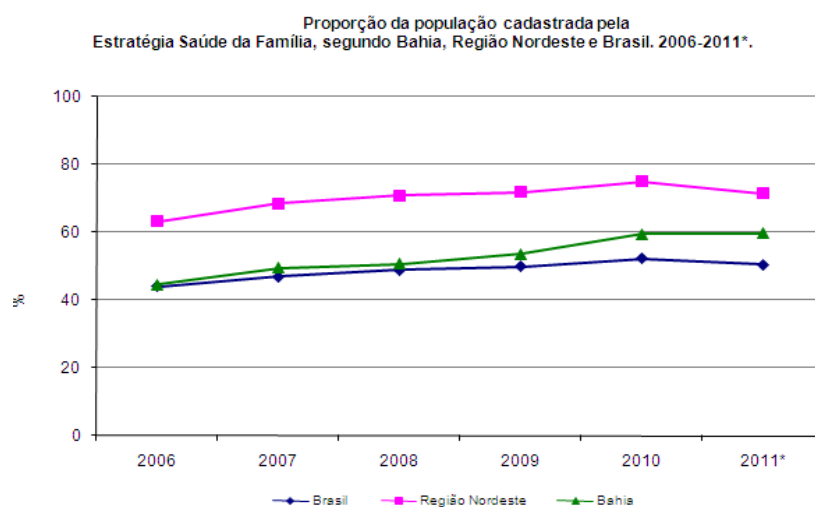
A Atenção Básica no estado da Bahia, a partir de 2007, alcançou um incremento importante, possibilitando um maior acesso e organização da Rede Assistencial à Saúde. Isso se deve a conjunção dos esforços dos três entes federados.

Cabe salientar que a organização do Sistema Único de Saúde, se dá de forma descentralizada e de responsabilidade complementar, respeitando o federalismo e autonomia dos seus entes (União, Estado e Municípios).

A União tem a responsabilidade de elaborar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em seu território, ao Estado compete a responsabilidade de apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica, o Município, por meio das suas Secretarias Municipais de Saúde possuem a responsabilidade direta de manutenção e organização. É importante ressaltar a autonomia do Município em organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, dentro do seu território, a partir das diretrizes nacionais e estaduais.

Com esses esforços, o Estado da Bahia vem ampliando e qualificando a Atenção Básica, o que aponta para a melhora do acesso com maior celeridade.

Durante todo o período analisado (2006-2011), a Bahia apresentou incremento do indicador (proporção da população cadastrada na Saúde da Família), superior ao do Brasil, ao da região Nordeste e ao de seus demais estados. Entretanto quando se avalia os anos da série separadamente, observa-se que a Bahia tem a menor proporção de população cadastrada pela ESF da Região Nordeste, estando superior, entretanto, à cobertura nacional.



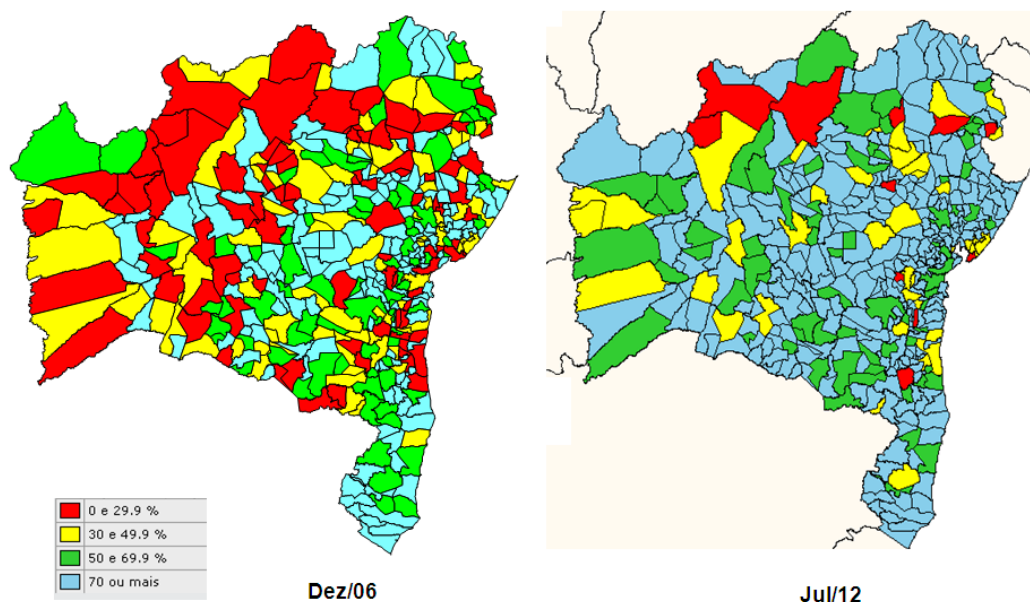
Fonte: DATASUS / Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e IBGE

*IBGE - Estimativas populacionais para o TCU

Dados acessados em 15/03/2012

Geograficamente podemos perceber a evolução do acesso a Atenção Básica, possibilitando a estruturação de uma lógica ascendente de cuidado, com a ampliação da oferta, possibilitando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, mais próximas das comunidades.

Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família. Bahia. Dez/2006 e Jul/2012



No ano de 2012, de forma inédita, a Bahia, foi aprovado no Conselho Estadual de Saúde - CES e na Comissão Intergestora Bipartite - CIB, a Política Estadual de Atenção Básica - PEAB (Resolução do Conselho Estadual de Saúde – CES n° 14/2012).

A PEAB é uma conquista técnica e política, visto que foi fruto de uma ampla discussão coletiva realizada no ano de 2010, junto as Diretorias Regionais de Saúde - DIRES e Gestões Municipais na avaliação das ações desenvolvidas desde o ano de 2007. Essa avaliação serviu de base para o planejamento da Atenção Básica, e seu produto foi levado para o debate no Plano Plurianual Participativo, Conferências Municipais e Estadual de Saúde, Plano Plurianual de Governo e Plano Estadual de Saúde.

Por conseguinte, a PEAB ratificou fundamentos e diretrizes da Atenção Básica que apontam para a constituição de um campo de atuação na Saúde, como segue (CES, 2012):

I - Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção;

III - Adescrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - Desenvolver integralidade nas ações através da oferta de ações programadas e atendimento à demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e envolvimento na construção do cuidado à sua saúde e de sua comunidade;

VI - Tratar desigualmente os desiguais na busca por justiça social e reconhecimento das especificidades e necessidades dos diferentes grupos;

VII - Fomentar a implantação dos Conselhos Locais de Saúde nas Unidades de Atenção Básica/Unidades de Saúde da Família;

VIII – Ter a regionalização como estratégia para busca de maior equidade, contemplando planejamento integrado;

IX – Coordenar o cuidado;

X – Ordenar as Redes de Atenção à Saúde.

Apesar da PEAB ser um documento estruturante para uma Política de Estado, visando auxiliar na construção de uma Rede Assistencial com participação social, acesso e qualidade, a partir da Atenção Básica. Muitos dos problemas somente serão sanados com a execução de estratégias de enfrentamento as iniquidades, provimento e fixação de trabalhadores da Atenção Básica no SUS-BA com garantia de direitos dos trabalhadores e organização, visando estabelecer credibilidade junto aos usuários.

Nesse sentido, no ano de 2009 institui-se a Fundação Estatal Saúde da Família no sentido de promover a desprecarização de vínculos e criação de carreiras para todos os trabalhadores da Atenção Básica do SUS-BA, buscando consolidar a Atenção Básica nos municípios, tendo a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) como alternativa estratégica

para o estabelecimento de carreira e a desprecarização dos trabalhadores de nível superior da Saúde da Família no estado da Bahia.

A Fundação Estatal Saúde da Família - Sistema Único de Saúde (FESF-SUS) foi instituída por 69 municípios da Bahia, trabalhadores da saúde, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho Estadual de Saúde, com participação ativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e configura um novo modelo de gestão pública para prestação de serviços e conformação de carreiras no SUS.

Hoje a FESF-SUS conta com serviços que podem ser customizados conforme a necessidade e demanda do município e as ofertas buscam garantir a conformação da carreira estadual, a formação e qualificação em serviço, e os resultados e indicadores exigidos pelo Ministério da Saúde e pelas Políticas Nacional e Estadual de Atenção Básica.

Todos os serviços da Fundação Estatal são desenvolvidos na lógica de Gestão Compartilhada com o Município, diferentemente dos processos de terceirização de serviços vistos frequentemente na relação público-privado.

Com a FESF-SUS, o município tem a possibilidade de ampliar suas ferramentas, capacidade e autonomia de gestão local, através do apoio institucional, desprecarização dos vínculos de trabalho e a educação permanente, pois a finalidade da Fundação é o fortalecimento da Atenção Básica em cada município contratualizado.

Situação da Saúde no Município de Vitória da Conquista

Vitória da Conquista é um município brasileiro localizado na região sudoeste do Estado da Bahia, a 512 Kms da capital. Com uma área de 3.743 Km² e população de 310.129 (segundo dados do IBGE de 2011) é a terceira maior cidade do estado da Bahia e do interior do Nordeste (excetuando-se as regiões metropolitanas). Possui uma extensa zona rural dividida em 284 povoados e em 12 distritos e sua sede localiza-se em um importante entroncamento rodoviário, centro de um cruzamento no sentido Norte-Sul do país (BR 116) e Leste-Oeste do Estado (BA 262), constituindo-se em um ponto de passagem para as principais cidades da Bahia, do Nordeste e do Norte de Minas Gerais.

É um município que apresenta um bom desenvolvimento, que pode ser percebido nos índices de desenvolvimento econômico e social, onde ocupou no ranking baiano o 9º e 6º lugar respectivamente. O índice de alfabetização está crescente e já atinge 85% da população municipal. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) também retrata este desenvolvimento da cidade, pois Vitória da Conquista ocupou o 18º em 2000.

Ele é o principal centro regional na prestação de serviços na área de educação em saúde e afins, tendo duas universidades públicas (UESB e UFBA) e três privadas. Aliás, a sua Rede Municipal de Saúde se tornou, em 1997, referência para todo o país. Esse fato criou condições para que toda a região pudesse se servir de atendimento médico-hospitalar compatível com o oferecido em grandes cidades.

Atualmente, tanto o setor de saúde público quanto o privado são muito bem estruturados, e já renderam ao município prêmios a nível nacional e internacional. Frequentemente seu modelo de saúde pública tem servido de exemplo até mesmo para outros países.

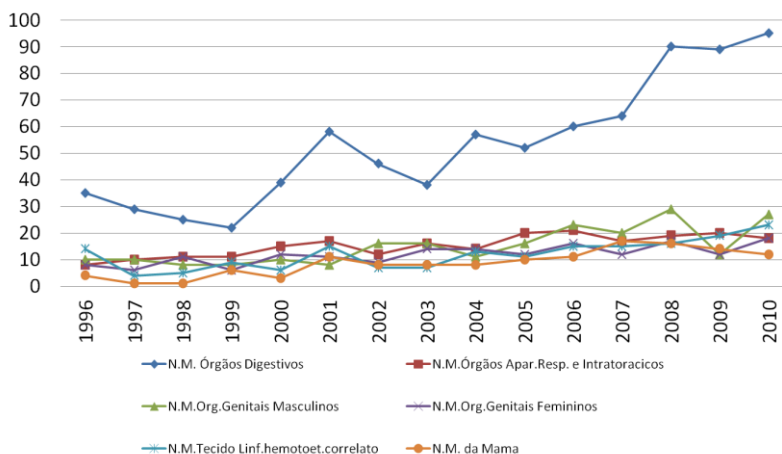
O censo de 2011 mostrou que a cobertura de ESF no município foi de 62%, apresentando boa oferta de serviços, com mais de 450 mil consultas médicas, 279 mil de Enfermagem e 102 mil de Odontologia, tendo realizado mais de 28 mil exames preventivos (Papanicolaou). (SMS/DAB, 2012)

Quanto aos procedimentos ambulatoriais especializados de média complexidade, Vitória da Conquista realizou no ano de 2011 mais de 704 mil procedimentos pelo SUS. Dentre eles, 19.696 foram de radioterapia e 3.287 de quimioterapia.

O município apresenta, ainda, uma ampla rede de serviços especializados, tanto da rede própria quanto credenciada. Ele conta com Central de Marcação de Consultas, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Centro de Diagnóstico por Imagem - CDI, Policlínicas, Centro Municipal de Atenção Especializada - CEMAE, Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física – CEMERF, Centro de Apoio e Atenção à Vida – CAAV, Laboratório Central Municipal, Laboratório de prestador, Laboratório de Patologias, 3 hospitais (Hospital Geral de Vitória da Conquista - HGVC, Hospital Municipal Esaú Matos - EMEM, Hospital São Vicente de Paula - HSVP), além de serviços com municípios pactuados e Programa de Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

Os pacientes com diagnóstico de câncer têm acesso direto e prioritário a esta rede de serviços de saúde, tanto na ESF quanto na Rede Especializada. No que concerne a unidades de tratamento em Oncologia, ainda existe no município clínicas especializadas e uma Casa do Câncer, instituição sem fins lucrativos que abriga pacientes de outros municípios que chegam à Vitória da Conquista para se tratar. No Hospital Geral, por sua vez, há uma Unidade de Oncologia.

Neoplasia é a 3ª causa de mortalidade no município de Vitória da Conquista, perdendo apenas para causas externas e doenças do aparelho circulatório.



Esta taxa vem apresentando um crescimento significativo nos últimos 15 anos. Dentro das neoplasias, as do órgão digestivo são a que mais levam o paciente a óbito, apresentando taxa bastante elevada em comparação com os demais tipos de neoplasias malignas. Apesar disso, está havendo uma redução das internações hospitalares por neoplasia no município de Vitória da Conquista.

Cooperação Técnica Brasil-Cuba

O presente projeto se encontra dentro de uma ampla parceria internacional entre os governos dos países Brasil e Cuba para a área da saúde, envolvendo também colaboração entre os países no campo da produção de biotecnologia.

Um dos temas da Cooperação internacional são as terapêuticas e programa de controle do câncer. Dentro desse tema/eixo de cooperação, está sendo desenvolvido o Projeto 3: Programas de Controle do Câncer em áreas demonstrativas de Brasil e Cuba. A duração prevista para esse projeto são 3 anos (2012- 2015).

Assim, o Projeto Conquista está contido no Projeto 3 da Cooperação, sendo a área demonstrativa brasileira selecionada.

COLABORACIÓN CUBA-BRASIL SOBRE BIOTECNOLOGÍA EN SALUD**TEMA 1. TERAPÉUTICA Y PROGRAMAS DE CONTROL DEL CÁNCER**

**Proyecto 3: Programas de Control del Cáncer
en áreas demostrativas 'de Brasil y Cuba. 2012- 2015.**

PROJETO CONQUISTA**Escolha do município – área demonstrativa brasileira**

O município de Vitória da Conquista foi selecionado pelo grupo condutor nacional por apresentar as seguintes condições:

- tempo de investimentos na atenção básica como coordenadora do cuidado superior a 10 anos
- localização na região nordeste do Brasil
- população acima de 100 mil habitantes e abaixo de 500 mil habitantes, um tamanho de rede que permitisse as proporções de um projeto piloto em área demonstrativa
- cobertura de saúde da família acima de 50%
- cobertura de serviços oncológicos
- referencia regional de saúde para impacto ampliado do projeto
- histórico de êxito na implantação de projetos na atenção básica

Governança do Projeto

Para a governança do Projeto criamos estruturas colegiadas, em nível nacional (Brasil) e local (Vitória da Conquista). Segue descrição resumida das atribuições e funcionamento dos colegiados e instancias de governança do Projeto Conquista:



grupo realizou seis (06) reuniões de trabalho.

Coordenação Executiva FESF-SUS: A coordenação vem acontecendo a partir da dedicação de uma coordenadora e um apoiadora institucional para ações de planejamento e gestão do projeto junto ao Grupo Gestor. O papel da FESF-SUS tem sido apoio e coordenação compartilhada da agenda, das tarefas, da rede de pedidos e compromissos. Realiza apoio institucional ao coletivo a partir de metodologias de co-gestão e participação desenvolvidas institucionalmente.

Grupo gestor Local: Composto pelos representantes das instituições executoras, o grupo gestor local agrega aqueles gestores da Secretaria Municipal de Saúde que tem papel de coordenar a execução local do Projeto, definindo seus passos, recursos, métodos, etc. Na primeira fase esse grupo realizou três (03) reuniões de trabalho junto ao grupo nacional.

Grupo Consultivo Local: Composto por trabalhadores da rede de atenção básica e especializada do município, representantes do setor privado que compoem a rede local de atenção a saúde, representantes das Universidades parceiras do Projeto e ainda representantes de alguns setores da sociedade, como do controle social do SUS e de organizações sociais que desempenham papel junto a rede de cuidado e controle do câncer. Na primeira fase esse grupo participou de três (03) oficinas de trabalho.

Grupos Operacionais: Compostos por representantes de todas as instituições, bem como contemplando os diferentes olhares de trabalhadores, gestores e usuários, os grupos operacionais deverão ser conformados para trabalho de longo prazo (2013-2015). Serão grupos

Grupo Gestor Nacional: Composto pelos representantes das instituições executoras, o grupo é responsável por gerir o projeto em consonância com os objetivos propostos na cooperação internacional, com papel executivo em todas as fases. Na primeira fase esse

operativos que ficarão responsáveis por executar os eixos e planos de ação do projeto, com autonomia para ajustes e reformulações que se façam necessária na oportunidade da práxis de implementação desse projeto. São esses grupos operativos que farão as propostas concretas de execução. Suas propostas deverão ser acompanhadas pelo grupo consultivo, periodicamente, e definidas junto ao grupo gestor do Projeto.

Diagnóstico Inicial

Realizado de forma compartilhada, a partir de metodologias de análise coletiva, formulação participativa em grupos heterogêneos e interinstitucionais, o diagnóstico inicial do Projeto utilizou como base as informações dos levantamentos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

A gestão municipal prontamente atendeu à necessidade de dados e análise sobre os recursos e funcionamento da rede de atenção a saúde, indicadores epidemiológicos e contexto local.

Somado a isso, o Instituto Nacional do Câncer teve papel de destaque para o processo de análise e diagnóstico, proporcionando um diálogo entre o global e o local, trazendo informações de nível nacional e internacional, atualizando conhecimentos e saberes dos demais envolvidos no Projeto.

Com o suporte do método de Apoio à coletivos, realizado pela FESF-SUS em parceria com a SESAB, proporcionou a produção de sínteses sobre os problemas a serem abordados pelo Projeto. São elas:

- ❖ Cultura Negativa – Mitos sobre o câncer e acúmulo de experiência de morte e sofrimento relacionada a doença. Conhecimento insuficiente da população sobre a doença.
- ❖ Conhecimentos técnicos defasados e ausência de prática de educação permanente dos profissionais da rede, em especial da Atenção Básica, voltados ao saber-fazer cuidado e controle do câncer no território.
- ❖ Fragilidade da Atenção Básica para realizar coordenação do cuidado junto aos níveis especializados, com cultura de cuidado a pessoa com câncer concentrado na alta complexidade, de forma fragmentada e distante da Atenção Básica.

- ❖ Fragmentação das informações e dos bancos de dados sobre o perfil epidemiológico, sobre como a doença se comporta hoje na população local e como a rede esta realizando o cuidado e o controle do câncer.

Essas formulações enquanto ‘problemas’ ainda carecem de tratamento que nos levem a enunciados mais localizados no campo da análise de governabilidade. Essa etapa esta prevista na Fase de Realização, através do trabalho dos Grupos Operacionais. O primeiro passo dos grupos será aprofundar o diagnóstico e suas explicações.

Para chegar nessa síntese o trabalho de formulação mais intenso foi realizado em duas Oficinas do Grupo Consultivo, com trabalho de análise e produção em pequenos grupos de trabalhadores, gestores e demais atores sociais participantes do projeto.

Momento Atual do Projeto

Para localizar o momento do Projeto, utilizaremos o referencial de Dagnino (2009) que propoe organização em quatro fases:

- **Elaboração:** é o momento da identificação do problema, definição dos objetivos, programação das atividades e confecção da proposta técnica do projeto.
- **Estruturação:** uma vez decidido que o projeto vai ser realizado, é hora de organizar a equipe/grupo e mobilizar os meios necessários para executá-lo.
- **Realização:** é o período quando as atividades previstas são realizadas e acompanhadas, de acordo com o planejado. Por vezes é necessário alterar a programação, em razão de fatos não previstos.(monitoramento/avaliação).
- **Encerramento:** ao término do projeto é preciso analisar seus resultados e impactos,comparando-se o que se pretendia originalmente com o realmente alcançado. Também é o momento de cuidar da desmobilização do projeto, caso não haja prosseguimento. DAGNINO (2009)

No quadro a seguir é possível visualizar a adaptação dessa classificação para o acompanhamento do Projeto Conquista. A partir dessa lógica, consideramos que esta concluída a primeira fase do projeto, a fase de ELABORAÇÃO.

Para a segunda fase, de estruturação, acrescentamos o conceito de PACTUAÇÃO, visando demarcar a necessária aprovação interinstitucional do projeto antes mesmo que cada instituição indique recursos que poderão alocar no projeto.

FASES DO PROJETO	Objetivos Específicos das Fases do Projeto	Atividades	Situação
ELABORAÇÃO	Diagnóstico situacional compartilhado, gestão participativa com o território e formulação interinstitucional a partir dos elementos já existentes nas políticas públicas	Identificação dos atores parceiros	Concluída em dezembro de 2012 Tempo utilizado: 7 meses ou 220 dias
		Pactuação local do projeto	
		Criação dos grupos colegiados de gestão e acompanhamento	
		Apoio Institucional para ampliação da capacidade local	
		Formulação da proposta técnica e metodológica	
		Lançamento do Projeto para trabalhadores, gestores e usuários do município	
PACTUAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO	Aprovação interinstitucional do Projeto, Formulação do Orçamento, Pactuação de Rede de Pedidos e Compromissos para as responsabilidades institucionais e identificação da equipe de execução.	A ser pactuado no grupo gestor	Iniciada
REALIZAÇÃO	Início dos trabalhos dos Grupos Operacionais de produção; realização de oficinas com o grupo consultivo prévias a implementação das ações, avaliação e monitoramento permanente.	A ser pactuado no grupo gestor	Estratégia definida aguardando condições de início
ENCERRAMENTO	Fechamento dos trabalhos, Produção de relatórios, prestação de contas, apresentação dos resultados, avaliação interinstitucional	A ser pactuado no grupo gestor	Distante

Objetivo geral

Desenvolver inovações no atual modelo de cuidado e controle do câncer a partir da Atenção Básica, no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Objetivos específicos

- Experimentar inovação para reorganizar o papel da atenção básica na rede de atenção e demais áreas de atuação para cuidado e controle do câncer;
- Articular ofertas das políticas públicas e modelos já existentes para atenção básica e doenças crônicas não transmissíveis;
- Inovar no campo das ações de promoção de saúde voltadas para o câncer a partir da Atenção Básica;
- Possibilitar o controle dos fatores de risco e desenvolver ações de prevenção específicas dos cânceres preveníveis, a partir da Atenção Básica;
- Incorporar a abordagem integrada do ciclo de vida no planejamento e na execução de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer na Rede de Atenção à Saúde local;
- Realizar o monitoramento dos indicadores do câncer no município, integrando as informações entre as Redes de Atenção à Saúde;
- Reestabelecer o fluxo de registro hospitalar de câncer;
- Inovar no campo da produção de melhorias para a qualidade de vida das pessoas com câncer e seu contexto social;
- Melhorar o controle do câncer a partir de ações de acompanhamento e atenção integral ao paciente e ao território a partir da atenção básica;
- Desenvolver ofertas de Educação Permanente com foco no cuidado em condições crônicas, garantindo o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado;
- Trabalhar com o imaginário da população e dos profissionais, bem como dos gestores, sobre a cronicidade da doença e com isso desmistificar o câncer como uma doença que necessariamente leva à finitude da vida;
- Preparar plataforma tecnológica de pesquisa e inovação para futuras transferências biotecnológicas.
- Fortalecer a formação profissional promovendo cursos de pós-graduação com foco em agravos crônico, além de intercâmbio científico entre os países da América Latina.

Metodologia

Será realizado um estudo comparativo sobre o comportamento do câncer e formas de organização do cuidado em saúde em dois territórios demonstrativos - Villa Clara (Cuba) e Vitória da Conquista (Brasil).

Em Vitória da Conquista, propôs-se o planejamento do projeto a partir da valorização da realidade local, buscando aí as potencialidades existentes e as experiências prévias que possam direcionar o projeto e fomentar as ações.

Acredita-se que são os sujeitos que estão inseridos no território, que o conhecem e se relacionam em sua prática cotidiana, que possuem os recursos e o potencial necessários para a reorganização do sistema. Busca-se desenvolver o projeto baseado em uma relação dialógica com estes atores.

Além disso, torná-lo partícipe ativo deste processo faz com que desenvolva o sentimento de pertencimento e implique-se no processo coletivo de mudança. (Pichon-Rivière, 1998) Assim, há maior envolvimento dos atores municipais, sejam eles trabalhadores, gestores ou membros da universidade, e maior probabilidade de um desenvolvimento eficaz do projeto.

Pensando nisso, o grupo gestor do projeto propôs como primeira ação no território a realização de uma oficina envolvendo os atores municipais. Esta oficina teve como objetivo geral suscitar o debate sobre o tema do câncer, apresentar a situação da rede local e discutir sobre o cuidado e controle do câncer no município. . Acreditou-se que a elaboração participativa potencializaria o início da construção da identidade do projeto e do grupo a ele vinculado.

Nesta oficina, através das discussões do público, foram identificados quatro eixos de ação para o projeto:

1. Cuidado ao Paciente com Câncer
2. Educação Permanente
3. Comunicação e Cultura
4. Pesquisa e Monitoramento



Foram organizados grupos de trabalho por eixo para aprofundamento da discussão de cada temática, nos quais os grupos deveriam levantar as expectativas, identificar as experiências prévias e as potencialidades que podem servir como norteadoras às ações do projeto, além de mapear os atores necessários para cada ação. As produções de cada GT serviram para orientar o caminho de desenvolvimento do projeto

Posteriormente, foi realizada uma segunda Oficina intitulada “Vivendo e Aprendendo sobre o Câncer”, onde os atores locais e das instituições envolvidas puderam realizar o planejamento estratégico do eixo ao qual estavam envolvidos, traçando um plano de ações para o projeto.

A consolidação e análise destes dados encontram-se abaixo separados por eixo estratégico de ação.

Cuidado ao Paciente com Câncer

O cuidado ao paciente com câncer de modo qualificado, acolhedor e resolutivo, prestando a assistência necessária, é o foco do Projeto Conquista. Vale lembrar que o objetivo geral é encontrar estratégias para promoção da saúde, prevenção e controle da doença e atenção integral ao paciente com câncer, no âmbito da rede a partir da atenção básica de saúde.

Assim sendo, este eixo é o norteador do projeto. Ele buscará a qualificação do cuidado prestado na rede SUS local, promovendo a integração dos serviços e inserção da Atenção Básica como coordenadora do cuidado, visando preparar a rede para as inovações na promoção, na prevenção, no tratamento e no controle do câncer.

É a partir deste e para este que as ações dos demais eixos serão desenvolvidas, buscando dar-lhe o embasamento necessário para a reorganização do cuidado em Oncologia no município de Vitória da Conquista.

Diante da relevância deste eixo, será montado um **Grupo de Trabalho Operacional do Cuidado** para potencializar a organização e as ações deste eixo. Seu objetivo será realizar um estudo sobre estruturação de Linhas de Cuidado, análise da rede, fluxos e cuidados locais, e qualificar as ações levantadas para sua execução.

Este GT será composto por representação de todos os serviços e instituições da rede e do projeto, facilitando a articulação dos atores e das intervenções a serem desenvolvidas. Entre estes atores, estariam: gestor local (com dedicação exclusiva para o projeto), coordenação da atenção básica, coordenação da atenção especializada, representantes do Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e das instituições de ensino (UFBA e UESB).

Eventualmente, também poderão participar das reuniões do GT os representantes dos demais eixos do projeto, visando à integração das ações, além de convidados eventuais, como consultores especializados, quando se fizer necessário para a potencialização e qualificação das ações.

Como norteador, será a partir deste eixo que se iniciará a execução do projeto no município. A primeira ação proposta é a realização da 1ª Oficina de Trabalho, a ser realizada no início de 2013, para o aprofundamento e escolha estratégica das ações prioritárias de qualificação do cuidado e integração da rede. Será espaço em potencial para a organização do desenvolvimento do projeto, sendo a partir daí definidora das ações iniciais dos demais eixos.

De qualquer modo, algumas ações estratégicas já foram pensadas a partir do diagnóstico local realizado na fase de elaboração do projeto.

Percebeu-se, por exemplo, que não há nenhum registro na Atenção Básica que identifique e mapeie os usuários com câncer. Por isso, pensou-se na inclusão da informação sobre câncer no campo das doenças referidas na Ficha A, utilizada no momento do cadastramento das famílias da área pelos agentes comunitários de saúde de uma Unidade de Saúde da Família. Complementarmente, pensou-se na elaboração de uma Ficha B de monitoramento do câncer, ficha semelhante às que já existem para as doenças crônicas que são acompanhadas na Atenção Básica, como diabetes e hipertensão arterial.

Construção de instrumentos e fichas de cadastro também são outras estratégias pensadas, tendo também como objetivo a padronização dos dados e unificação das informações

do usuário, inclusive nos serviços privados, o que facilita o acesso e o cuidado a ser prestado aos pacientes com câncer.

Para isso, pensa-se também na importância da informatização e a construção de prontuário eletrônico, facilitando o acesso aos dados necessários para o cuidado e sua coordenação, aumentando a resolutividade e minimizando recursos.

Para isso, há a necessidade de revisão dos protocolos clínicos atualmente presentes no município, além da adaptação dos protocolos nacionais já existentes para câncer baseados na realidade local.

Além destas estratégias, é fundamental para este eixo a realização de um estudo sobre os fluxos de atenção em câncer baseados em evidências e recomendações e, assim, realizar a redefinição do fluxo do município de Vitória da Conquista. Sabe-se que há nós e falhas na rede local que levam à não coordenação do cuidado do paciente oncológico, fazendo-o ficar “perdido” na rede.

Esta situação onera o sistema de saúde pública, uma vez que muitas vezes o mesmo paciente é submetido ao mesmo exame ou exames desnecessários, além de ampliar o tempo de resposta ao tratamento, o que leva ao avanço da doença, muitas vezes necessitando de intervenções mais complexas e caras. Isto sem levar em conta o custo do próprio paciente e familiares, que vai desde o transporte até questões emocionais e muitas vezes com a própria vida.

É preciso, assim, readequar a linha de cuidado, para que ela seja mais resolutiva e possibilite a oferta racional do acesso, baseado em estudos de protocolos. Quando a linha de cuidado não é baseada em estudos, o que ocorre – e que muito se vê em câncer – é a realização de exames de modo indiscriminado e com o objetivo de rastreamento, submetendo os pacientes a estresses desnecessários e sobrecarregando o sistema. Cria-se funil de acesso aos serviços sem considerar o princípio elementar do Sistema Único de Saúde: a equidade.

Percebe-se, assim, que muito há o que ser desenvolvido no eixo do cuidado ao paciente com câncer e irão ser produzidas estratégias e tecnologias inovadoras que, a depender dos resultados obtidos, poderão servir como referencial para os demais municípios e/ou cuidado às doenças crônicas.

Neste caminhar, o que não se deve perder de vista é que o cuidado em saúde:

“é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas (...) é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são

traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.” (Pinheiro, 2009)

Educação Permanente

O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área de saúde (Brasil, 1988). Desta forma, as questões relativas a educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Para concretização desta premísia, o Ministério da Saúde (MS) vem tentando fomentar várias estratégias e políticas voltadas para adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população. Em agosto de 2007, o MS publica portaria de nº 1.996 que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a Educação Permanente é:

“uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.” (site do MS)

O estabelecimento de processos de Educação Permanente em rede abrangente de atores em atuação sinérgica demanda, por essa perspectiva, estratégias para o envolvimento de gestores, formadores, estudantes, profissionais do serviço e usuários como autores sujeitos da construção “na” e “da” rede (Vicente,2007). Para a OMS, (1994), *“o conhecimento dessa forma construído ganha significado para aqueles que atuam nos serviços de saúde. A construção do conhecimento acontece no processo de trabalho, a ele alimenta e é a partir dele reconstruído”*.

Um círculo se inicia: construção de conhecimento no e por meio do processo de trabalho – modificações nas práticas e necessidades de atuação profissional – reconstrução do conhecimento. Por meio deste processo, de caráter permanente, são instituídas estratégias /intervenções educacionais e de gestão (Vicente, 2007).

A partir deste perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação proposta da Educação Permanente com os princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral a saúde e a construção da cadeia do cuidado. Supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais, reconhecendo-se contextos e história de

vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (Brasil, 2007).

Considerando os desafios para reestruturação desta rede de atenção em Oncologia no município de Vitória da Conquista, envolvendo os diferentes atores para o cuidado e controle do câncer e considerando a Educação Permanente como processo em potencial desencadeador destas mudanças, pretende-se utilizar desta ferramenta para a reconfiguração das práticas de formação, gestão e assistência, modificando a lógica de formulação das políticas de combate ao câncer no município.

Assim, o objetivo deste eixo é estruturar uma política municipal de educação permanente, a partir dos diversos atores envolvidos na atenção oncológica, articulando, integrando e qualificando a rede assistencial para enfrentamento do câncer como problema de saúde pública.

Para tal, foram pensadas em seis ações estratégicas, abaixo descritas.

1. Pesquisa Operacional

Entre as ações pensadas para operacionalização deste eixo está a Pesquisa Operacional, se constituindo na estratégia prioritária uma vez que permite a criação de um espaço de Educação Permanente a partir do processamento de situações-problemas extraído do espaço de trabalho e do campo social.

Ao buscarmos nos descritores em ciências da saúde o termo “pesquisa operacional” [Operations Research ou Operational Research ou Investigación Operativa] encontra-se: “Grupo de técnicas desenvolvidas para utilizar métodos e ferramentas científicos para solucionar os problemas de TOMADA DE DECISÃO em organizações e sistemas complexos. A pesquisa operacional busca soluções ideais em situações de METAS conflitantes e dispõe de modelos matemáticos dos quais soluções de problemas reais podem ser deduzidas.”

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (2003) define Pesquisas Operacionais como: “utilização de técnicas sistemáticas de pesquisa por gerentes de programas com vistas ao alcance de um determinado desfecho. As Pesquisas Operacionais possibilitam aos gerentes de programas, gestores, trabalhadores e movimento social evidências necessárias para melhorar os aspectos operacionais das ações de um programa”.

De fato, distingue-se de outros tipos de pesquisas pelas seguintes características: focaliza problemas específicos em programas específicos, não os aspectos gerais relacionados a problemas no setor saúde; focaliza aqueles problemas que estão ao alcance e na governabilidade dos gerentes, trabalhadores tais como sistemas do programa, treinamento, questões financeiras e disponibilização de informação; utiliza procedimentos de coleta

sistemática de dados, tanto com abordagem quantitativa quanto qualitativa, para acumular evidência que dê suporte aos tomadores de decisão; requer a colaboração entre gerentes e pesquisadores na identificação de problemas a serem pesquisados, no desenvolvimento do desenho do estudo, na implementação do estudo e na análise e interpretação dos resultados; o seu sucesso depende da utilização dos resultados do estudo na tomada de decisão dentro dos programas; a publicação isoladamente não representa um indicador válido de sucesso nas pesquisas operacionais.

Já o Population Council (2000) explica que

“Pesquisas Operacionais auxiliam os gestores e gerentes de programas a rever, redirecionar e reestruturar programas que têm sido questionados por muitos anos. As Pesquisas Operacionais utilizam métodos das ciências sociais e outros métodos de pesquisa para disponibilizar aos gestores respostas baseadas empiricamente e validadas cientificamente aos problemas relacionados ao desempenho dos serviços”.

São identificados três tipos de estudos de Pesquisas Operacionais: estudos diagnósticos que são utilizados para avaliar a natureza e a extensão de um problema de saúde ou que está relacionado ao desempenho de um serviço de saúde; estudos avaliativos que são utilizados para avaliar intervenções inovadoras em saúde que estão em andamento; estudos de intervenção que são utilizados para testar, usualmente utilizando-se um desenho de estudo quase-experimental, a efetividade das intervenções disponibilizadas pelos serviços, sendo explicitamente desenhado para responder a problemas específicos dos serviços de saúde.

De fato, a ISS está voltada para a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades realçando a eficiência e a efetividade da rede de serviços de saúde como parte integral do processo geral de desenvolvimento socioeconômico, com envolvimento de todos os atores. O objetivo fundamental é disponibilizar para gestores de saúde em todos os níveis, bem como para os profissionais da saúde, movimento social organizado e para a sociedade, como um todo, informações relevantes necessárias para a tomada de decisões frente aos problemas relacionados à saúde que estejam enfrentando (OMS, 2003).

Com isso, torna-se possível, a partir de uma avaliação mais precisa do processo de trabalho desenvolvido pelos serviços de saúde frente às necessidades de saúde da população: alocar recursos de forma mais adequada e equitativa; fornecer informações baseadas em evidências; melhorar o conhecimento dos profissionais e de suas decisões; melhorar o conhecimento dos gerentes e de suas decisões e por fim, melhorar a qualidade das decisões políticas. Foi nessa perspectiva que a experiência brasileira em Pesquisas Operacionais em

hanseníase vem sendo construída, inicialmente com hanseníase, e a gora, com esta experiência municipal em agravos crônicos com foco no câncer.

2. Criar sistema de educação permanente à distância – Telessaúde e telediagnóstico

O Telessaúde é uma proposta inovadora que propõe um serviço de suporte assistencial e de educação permanente cujo meio de intervenção são as tecnologias de informação e comunicação. Busca qualificar a prática das equipes de saúde tanto no que concerne à prática clínica quanto ao processo de trabalho, permitindo, assim, a ampliação da resolutividade da atenção prestada aos usuários.

Em articulação com o Projeto Telessaúde Brasil Redes - Bahia, é possível envolver especialistas em Oncologia, entre outras especialidades necessárias, na rede de teleconsultores com o intuito de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, diagnóstico, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho das equipes de saúde no cuidado e controle do câncer. Descentralizando as ações dessa natureza aos sistemas de saúde locais através do acúmulo de competências clínicas e da (re) organização do processo de trabalho, promove-se um cuidado mais qualificado dos profissionais da rede de atenção à saúde, fortalecendo principalmente a Atenção Básica enquanto ordenadora da rede de atenção.

Atividades de Tele-educação, por sua vez, podem ser desenvolvidas em parceria com as escolas públicas de formação em Saúde para a realização de conferências, aulas e cursos. Estes espaços possibilitam aprendizagem e debates dialógicos entre as equipes de forma que favorecem a qualificação do trabalho e ampliação da resolutividade da atenção, além da possibilidade de integração entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada.

Reuniões e encontros através de Videoconferências também podem ser úteis para aproximar as diversas instituições que compõem o projeto de cuidado e controle do câncer, além de servir para transmitir orientações e compartilhar conhecimento com as equipes de saúde envolvidas.

3. Qualificação do Apoio Institucional

Para o Ministério da Saúde, o apoio institucional é uma função estratégica gerencial para reformulação dos modos de produzir saúde nos eixos de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ela proporciona mudança nas organizações levando em consideração os problemas da prática cotidiana em saúde. Assim, o apoio institucional deve *“operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de*

mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos” (Ministério da Saúde, 2011)

Acreditando nesta estratégia, o Projeto Conquista, através do eixo de Educação Permanente, terá como uma das ações a qualificação do apoio institucional, estratégia esta que já é utilizada no município de Vitória da Conquista.

Busca-se identificar novos apoiadores matriciais/institucionais e qualificar o processo de trabalho dos mesmos, montando uma estratégia integrada de apoio para o município.

4. Formação de facilitadores em práticas alternativas de educação

O Projeto Conquista aposta que práticas alternativas de educação, para além do modo tradicional, são mais eficientes para a aprendizagem e mudança de comportamento no fazer saúde.

A Educação Popular é uma destas práticas que tem sido inserida no âmbito da saúde, possibilitando uma forma de relacionamento mais participativa entre os profissionais da saúde e a população, a despeito do suposto saber da Ciência.

Teorizada por Paulo Freire, o método da Educação Popular pressupõe a participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizagem e de negociação entre os atores envolvidos. Leva em consideração que aquele ser humano envolvido tem saber próprio e anterior à prática de educação ali proposta, valorizando, assim, os saberes e valores populares. (Vasconcelos, 2004)

Na saúde, a proposta da Educação Popular vai ao encontro à proposta do Sistema Único de Saúde, onde a participação da comunidade é um dos seus princípios e diretrizes. Qualificando seus profissionais, ela pode ser um instrumento de construção de uma saúde mais integral e mais adequada à vida da população assistida, reorientando a prática em saúde de modo transdisciplinar, com integração dos diversos saberes profissionais e sociais.

A Terapia Comunitária, proposta por Adalberto Barreto, é uma outra prática alternativa de gestão que incentiva a co-responsabilidade através de pilares que envolvam acolhimento, vínculo e empoderamento.

Na saúde, a Terapia Comunitária já vem sendo praticada em todo o país através do projeto de “Implantação da Terapia Comunitária e Ações Complementares na Rede de Assistência à Saúde do SUS” do Ministério da Saúde. A proposta prevê capacitar os profissionais da rede básica de saúde no sentido de desenvolver competências necessárias para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, promovendo redes de apoio social local e, assim, aumentando a resolutividade deste nível de atenção em saúde.

Outras práticas, além da Educação Popular e da Terapia Comunitária, já são desenvolvidas, como a técnica de Grupo Operativo de Pichòn-Rivière, rodas de conversa, apoio mútuo, entre outras, e podem ser potentes para a aprendizagem e mudança social.

Neste sentido, o eixo da Educação Permanente do Projeto Conquista propõe a ampliação desta qualificação já iniciada pelo Ministério da Saúde, fomentando novas práticas alternativas de educação e, assim, de gestão em saúde. Para isso, acredita que a estratégia é formar facilitadores que possam ser multiplicadores destas práticas e conhecimento, auxiliando os profissionais no desenvolvimento das ações do projeto

5. Oficinas para sensibilização dos profissionais e construção de protocolos e linhas do cuidado para os diferentes tipos de câncer

Dentro do desenvolvimento do eixo da Educação Permanente, será essencial a realização de ações transversais aos demais eixos do projeto, atendendo às demandas e necessidades apontadas e visando, assim, à integração e qualidade do mesmo.

Entre estas ações, já sabe-se da necessidade da realização de Oficinas tanto para a sensibilização dos profissionais sobre o câncer, trabalhando mitos e medos (eixo comunicação e cultura), quanto para a formação de facilitadores nas práticas alternativas de educação (eixo Educação Permanente) e demandas mais práticas como elaboração de protocolos clínicos e linhas de cuidado em câncer.

Estas oficinas serão espaços de potencialização da produção e envolvimento dos profissionais de saúde no projeto.

6. Estruturar pós-graduação (stricto sensu), mestrado e doutorado

O município de Vitória da Conquista conta com duas universidades públicas, a UESB (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia) e a UFBA (Universidade Federal da Bahia), que possibilitam a formação qualificada de profissionais da área da saúde, tanto tendo cursos na graduação quanto na pós-graduação.

Diante disso, tem-se como proposta aproveitar esta potência local de educação, além do momento de elaboração e execução do projeto, para a formação de profissionais de saúde na área da Oncologia. Com isto, objetiva-se a constituição de um grupo local qualificado que possa dar continuidade às mudanças adquiridas com o projeto, além de atender às demandas geradas no território após a reorganização do sistema de cuidado e controle do câncer a partir da Atenção Básica.

Frente às ações propostas, serão necessários recursos humanos e logísticos, a saber:

- Contratação de consultores

- Custeio de passagem, hospedagem e alimentação
- Logística para as oficinas (divulgação, alimentação, espaço físico, material de escritório, banners, impressão dos módulos, equipamentos audiovisual etc.)
- Contratação de bolsistas para alimentação de banco de dados da Pesquisa Operacional
- Elaboração e publicação de livro com resultados da Pesquisa Operacional
- Elaboração e impressão de cartilhas, folder, formulários
- Equipamento de informática – computadores, impressoras para as Unidades de Saúde
- Equipamentos áudio visual: Televisão, Caixas de Som para as Unidades de Saúde
- Equipamentos específicos para montar a sala de teleconferência
- Contratação de teleconsultores
- Estruturação das salas de aula, biblioteca e o laboratório de Informática (livros, revistas, computadores, impressoras, data show)

Comunicação e Cultura

Entende-se a comunicação em saúde como um elemento chave para processo de transformação da realidade social. Isto porque os processos de produção e de circulação das informações interferem diretamente na relação que a população estabelece com o binômio saúde-doença. A comunicação define desde a concepção de saúde de uma sociedade, aos imaginários da mesma frente às doenças, até quanto aos comportamentos de risco ou de proteção dos indivíduos e famílias nela inseridos.

Deste modo, a comunicação se insere como elemento fundamental no desenvolvimento da saúde através da promoção e prevenção, além de educação e desmistificação de crenças socialmente construídas. É numa comunicação polifônica, relacionando instituições, comunidades e indivíduos, que se torna possível a melhoria da qualidade de vida e universalidade da saúde, facilitada pela capilaridade que os meios de comunicação possuem atualmente.

As primeiras ações de educação em saúde no Brasil foram realizadas no final da década de 1910. Inicialmente elas estavam voltadas para a educação de hábitos simples saudáveis à

população no intuito de prevenir doenças evitáveis, mas logo se ampliaram em diversos campos. Novas idéias passaram a fazer parte de uma saúde pública cada vez mais voltada para uma postura ativa da população.

Nesse contexto, iniciaram-se as campanhas educativas em câncer buscando a conscientização da população de que este poderia ser curado se descoberto em sua fase inicial, campanhas estas encabeçadas pelo médico Mário Kroeff.

Essas iniciativas também sofreram influências do também médico Antonio Prudente, que fundou a Associação Paulista de Combate ao Câncer, e, em 1946, instituiu a “Campanha contra o Câncer” em São Paulo. Panfletos foram distribuídos e uma grande exposição montada no centro da cidade, visando à ampliação da propaganda e do conhecimento sobre a doença.

A Campanha teve grande impacto, uma vez que propôs a mudança de paradigma da educação em saúde para o câncer: de um enfoque na instalação na população do medo e pavor em contrair a doença para a postura de conscientização sobre a doença, os recursos disponíveis para diagnóstico e os avanços no tratamento da doença. Eram “*atitudes de alerta e não de alarme*”. (Teixeira, 2007)

Estas mudanças trouxeram impactos na forma de comunicação em saúde no que concerne ao câncer. Alguns avanços foram obtidos, mas sabe-se que, ainda hoje, o câncer é revestido de preconceito social que o associa à dor e à morte, além do desconhecimento de alguns fatores de risco como a alimentação e falta de exercícios físicos. Este preconceito leva a resistências na população para a realização de ações preventivas e de diagnóstico precoce, além de interferir na relação e no cuidado para com aquelas pessoas que já estão com a doença instalada.

Como afirma Santini (Em Revista Rede Câncer, agosto de 2007)

“O fato é que, atualmente, tornou-se imprescindível o aprimoramento das estratégias e dos instrumentos de comunicação para continuarmos avançando rumo a um sistema de saúde equânime, integral e universal, pressuposto na elaboração e na consolidação do Sistema Único de Saúde. O Brasil precisa mudar o foco das ações para o controle do câncer, investindo mais na prevenção e na promoção da saúde. E a comunicação consolida-se um importante instrumento nessa nova orientação.” (pág. 04)

Por isso, neste projeto, acredita-se que a comunicação em saúde é um eixo prioritário, tendo como desafio a produção de uma nova cultura tanto sobre a percepção do câncer como sobre o seu tratamento – uma luta que perpassa pelos corpos e mitos relacionados à doença. *Como fazê-lo do ponto de vista da comunicação?*

Entende-se que é importante produzir *em percurso*, pois a intervenção é o próprio caminho. Há que se levar em consideração as culturas dos sujeitos com os quais construiremos relações de trabalho e de desenvolvimento de novos conhecimentos, ou seja, produzir um fazer comunicativo de forma social e participativo. Isto significa uma inovação sobre a modelagem focada na relação “emissor-receptor”, que ainda hegemoniza as formas de fazer comunicação, para uma modelagem mais humanizada.

A proposta da comunicação no Projeto *Conquista* é a construção de espaços de diálogo sobre o câncer, em busca das narrativas dos sujeitos (e atores) diretamente envolvidos com a doença. É ativar coletivos para o compartilhamento de experiências, reflexão e expressão, buscando aí os significados, os mitos, medos e vivências relacionados ao câncer.

Este é o trabalho da cartografia: acompanhar o movimento sem representar os atores sociais em seus planos e sem deixar seduzir pela representação das formas engessadas. Como afirma Kastrup (2010, p.32), “em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção”.

Estas formas de produção de comunicação levam em consideração um sistema complexo, dinâmico e aberto, um “*ecossistema comunicativo*”, conformado como um espaço de convivência e de ação comunicativa integrada. Neste ecossistema comunicativo, a comunicação se dá através de um conjunto de ações voltadas ao planejamento e implementação de práticas destinadas ao seu desenvolvimento, garantindo, desta forma, crescentes possibilidades de expressão a todos os membros das comunidades educativas. É denominada “*educomunicação*”, conceito que norteia as ações deste projeto. (Soares, 2011)

A proposta, assim, é realizar um investimento na participação dos usuários, familiares e profissionais de saúde por meio de grupos focais, uso da arte (teatro, filmes, música, cordel) e produção de mídias com base no melhor conhecimento sobre a comunicação nesse campo.

Ações estratégicas foram pensadas e divididas em 5 categorias para trabalhar a comunicação e a cultura:

1) Ampliação da informação e produção de conhecimento sobre câncer

Neste eixo, o objetivo é divulgar informações técnicas sobre o câncer, considerando os determinantes sociais, variáveis de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, além de dados epidemiológicos municipais.

Do ponto de vista estratégico, esta primeira ação visa qualificar a informação e difundir conhecimentos para com a população e os meios de comunicação em Vitória da Conquista com

dados quantitativos e qualitativos produzidos por pesquisas e intervenções, nacionais, estaduais e/ou locais.

A divulgação da situação do câncer no município será uma das ações, uma vez que foi diagnosticada a insuficiência dos dados locais. Com estas informações, será elaborado boletim epidemiológico para os profissionais de saúde e informativos para a população para distribuição e divulgação ampla nos serviços de saúde.

Além disso, mídias impressas, televisivas e eletrônicas, além de spots para divulgação em rádios, serão produzidas com informações sobre o câncer, abordando aspectos da promoção, prevenção, tratamento e cronicidade da doença, além de promover reflexão sobre qualidade de vida em câncer. O uso de cordel também é uma das estratégias pensadas.

A ação visa, também, a difusão da legislação sobre direitos e deveres dos pacientes com câncer, ainda pouco conhecida. Isso se dará tanto com a elaboração e distribuição da cartilha, como através de divulgação em mídias, principalmente rádio.

Estratégias como criação de redes sociais e interativas (facebook, emails, twitter, blogs, entre outros) são propostas no intuito de ampliar a informação, juntamente com a elaboração de DVDs contendo as produções do projeto para distribuição nas unidades de saúde e nas comunidades, através de lideranças, associações de moradores e Conselhos Locais de Saúde.

Aliás, a parceria com os Conselhos Locais e Municipal de Saúde é essencial para a comunicação do Projeto na sua proposta de participação dos diversos atores. Procura-se-á realizar debates e difundir informações nestes espaços no intuito de formação de facilitadores e multiplicadores.

Não se pode esquecer, também, de se trabalhar com os adolescentes, público de interesse na difusão do conhecimento, podendo ser atores-chaves em suas famílias. A proposta é promover arte-educação nas escolas, utilizando-se de novas linguagens.

Por fim, a participação em eventos de saúde e/ou intersetoriais no município, é importante para difundir o projeto e as informações em câncer. A realização de evento específico sobre o câncer, em momento posterior, também é pertinente.

2) Desmistificação social da doença e do doente

Sabe-se que o câncer ainda é permeado de medos, mitos e tabus sociais, ainda sendo associado à morte, a despeito dos avanços da Ciência no que concerne ao diagnóstico e ao tratamento. Esta “postura social” dificulta a adesão da população às campanhas, exames de detecção e tratamento, além de reforçar o preconceito e isolamento social.

O objetivo desta ação é justamente a desmistificação social da doença e do doente e, para isso, é importante trazer à tona estes pacientes, muitas vezes tão excluídos, seja através de rodas, de falas ou de mídias.

Uma das estratégias é promover espaços de fala sobre o câncer, acreditando que falar mais propicia a naturalização da doença e a minimização do medo. Promover socialização de experiências de cuidado e tratamento com reflexo na melhoria da qualidade de vida e prolongamento da vida do paciente também é importante.

Para tal, serão produzidas rodas dialógicas. O objetivo das rodas de criação é identificar as formas e idealizações de como uma realidade social existe na vida, no pensamento, no imaginário dos seus participantes (Brandão, 2004). Após a identificação, a elaboração de estratégias de intervenção de fato eficazes é mais possível.

Além disso, uma proposta é a construção de narrativas a partir da experiência dos pacientes com câncer, familiares, profissionais e outras pessoas através de entrevistas individuais e em grupos. Estas narrativas têm como cerne as próprias histórias dos sujeitos, tanto de pacientes com diagnóstico recente, quanto paciente em tratamento e curados, mostrando as diferentes facetas da doença, assim como dos medos e dificuldades dos cuidadores (seja profissional de saúde ou familiar). Estas narrativas servirão de base para a produção de mídias com imagens e histórias condizentes com a realidade.

Porém, diante da forma como o câncer ainda é tratado no país, é de extrema relevância a utilização de formas de comunicação mais leves como forma de disseminação da informação considerada “pesada”. Entre elas, pode-se citar: artes, cordel, repentistas, caravana de teatro, músicas, vídeos e fotografias. Para tal, serão articuladas parcerias intersetoriais, como com a Secretaria de Cultura e de Educação.

3) Sensibilização dos profissionais de saúde

Sabe-se que muitos profissionais, apesar de supostamente preparados para lidar com a situação de doença, também são permeados por medos e histórias pessoais e culturais que levam a resistências no cuidado ao paciente. É a verticalidade do sujeito interferindo na relação horizontal com os pacientes na sua prática profissional. (Pichon-Rivière, 1998)

Esta ação do eixo de Comunicação e Cultura está relacionada à importância da captação de informações sob a ótica dos profissionais. Somente conhecendo a subjetividade deste sujeitos é possível trabalhar na minimização dos mitos e inseguranças empoderando-os para a relação com o paciente oncológico. Isto possibilita o desenvolvimento da função de

transversalização, que, como afirmam Escóssia e Tedesco (2010, p. 104), diz respeito à “ampliação e intensificação da capacidade de comunicação entre sujeitos e grupos”.

Neste sentido, serão produzidos encontros para a escuta dos profissionais de saúde para falr sobre o câncer, seus mitos e medos. A proposta é a realização de grupos focais, que podem ocorrer no início do projeto para mapeamento destes mitos e, assim, orientação das ações interventivas, quanto durante o projeto para monitoramento e avaliação do impacto das ações desenvolvidas.

No intuito de dar sentido e resolutividade às informações captadas através dos profissionais de saúde, principalmente referentes ao mitos quanto ao câncer, é importante articulá-los com profissionais da Atenção Especializada para debate, saneamento de dúvidas e capacitação.

Uma proposta de promoção deste encontro é a realização de oficinas com profissionais de saúde para discussão da temática e sensibilização sobre o lidar com os usuários, com a presneça dos profissionais especializados em Oncologia. Dinâmicas como inversão de papéis para o profissional se colocar no papel do paciente no momento do diagnóstico e durante o tratamento, apresentação de mídia com depoimentos dos pacientes sobre como recebeu o diagnóstico e o impacto deste na relação com a doença e o tratamento, entre outros, são idéias para este momento.

A elaboração de mídia de depoimentos sobre como o paciente recebeu diagnóstico do câncer e de vídeo com a metodologia do Cinemação (educomunicação) confrontando formas de lidar com o paciente com câncer e sua família são produções previstas como estratégias para esta ação.

4) Captação de informações sob a ótica do paciente e familiares

Do mesmo modo que é importante escutar os profissionais de saúde para entender a relação do mesmo com o câncer, é essencial o acolhimento e escuta dos pacientes para entender, a partir do olhar de quem vivencia o processo, como é lidar com a doença em seu cotidiano, em sua família, em seu corpo. Estar sensível para a subjetividade do sujeito implicado fornece os dados mais pertinentes para orientar o caminho a ser seguido em busca da melhoria no cuidado ao paciente com câncer.

Por isso, esta ação tem como objetivo captar informações sobre a doença através dos próprios pacientes. Uma escuta qualificada pode trazer maior conhecimento sobre o impacto do diagnóstico, os medos, as relações sociais a partir da doença, o tratamento, o vínculo com os profissionais e com as unidades de saúde, entre outros, além de auxiliar no acolhimento,

reinserção social e empoderamento destes pacientes enquanto sujeitos ativos no seu processo de saúde-doença.

Também é relevante escutar os familiares e cuidadores sobre o processo de lidar com alguém com câncer, sabendo das dificuldades e medos. Isto pode dar embasamento para ações no âmbito do acolhimento e auxílio a estas pessoas no Sistema de Saúde.

Como estratégias metodológicas, é pensado na realização de grupos focais, entrevistas individuais, visitas domiciliares, além de facilitação de autonarrativas, uma vez que estas podem trazer mais conteúdos implícitos e de difícil verbalização para os indivíduos envolvidos.

6) Inserção da temática no cotidiano das USFs

Entende-se que as unidades de saúde da família são espaços centrais e propícios para a disseminação de informação em saúde frente à sua inserção no território e capilaridade na população.

Algumas doenças crônicas já são trabalhadas nas unidades e pelas equipes de saúde da família, como a diabetes e a hipertensão arterial. Porém, o câncer, a despeito da alta incidência, ainda é um tema pouco abordado nestes espaços. Isto se deve tanto pela inexistência de programa padronizado pelo Ministério da Saúde para o cuidado ao câncer na Estratégia de Saúde da Família, quanto pela sensação de despreparo dos profissionais de saúde, além dos mitos e medos que permeiam esta temática.

Assim, esta ação tem como meta a promoção de informação nas unidades de saúde de forma mais corriqueira e natural, acreditando que isto vai levar a um maior contato dos indivíduos com o tema, saneamento de dúvidas, desmistificação, e, assim, interferindo nas práticas sociais de promoção, prevenção e cuidado do câncer.

Com este fim, serão utilizadas estratégias já conhecidas pelas equipes de saúde da família, como as salas de espera, distribuição de informativos, folders, consultas, entre outras. Mas também haverá propostas inovadoras frente às suas práticas, como a sugestão da criação de grupos de doenças crônicas nas USFs, incluindo pacientes oncológicos, minimizando as diferenças entre os tipos de doença e auxiliando na naturalização do fato.

Para tal, as unidades de saúde serão auxiliadas com materiais sobre o câncer, como informativos, mas também com produções frutos das ações do próprio projeto, como DVDs, infográficos, cartazes, entre outros.

Vale lembrar que estas ações não serão realizadas descoladas dos demais eixos do projeto, como o eixo de Educação Permanente que dará mais subsídios para os profissionais de saúde incorporarem o cuidado e controle do câncer em suas práticas cotidianas de saúde.

As ações estratégicas aqui propostas, com seu embasamento teórico de inovação na relação com os pacientes, familiares e profissionais, determinam as mídias e a linguagem a serem utilizadas. Como pistas para um planejamento de mídia, a partir dos próprios acontecimentos do Projeto, os produtos serão apresentados em linguagens impressas, eletrônicas e também em arte educação, como abaixo listados alguns:

- Impressos: folders, cartilhas, informativos, boletins epidemiológicos, info-fotos, anúncios, cordéis.
- Eletrônico: vídeos, spots, VTs, CDs, DVDs.
- Arte-educação: caravana de teatro local, repentistas, grupo musical.

Para a realização de todas estas ações e produções, serão necessários recursos humanos e logísticos/equipamentos, podendo ser citados:

- Coordenador-educomunicador
- Profissional multimídia: cineasta, designer, fotógrafo, arte-educador;
- Estagiário de Comunicação
- Secretária
- Computador (CPU): 2 processadores de 2,4GHz
- Memória de 12GB (6 de 2GB)
- Disco rígido de 1 TB1
- SuperDrive 18x
- Placa de vídeo para acesso a mais de um monitor em alta velocidade com 850 MHz e 800 processadores.
- 2 monitores
- 1 monitor de vídeo referência,
- Placa de vídeo sem compressão : placa de captura que permite conectar, capturar e reproduzir SDI, HDMI, componente analógico, S-Video e composto mídia, com possibilidade de uso de cartão de HD Extreme 3D com software de edição
- 2 HDs Externos 4Tb
- Filmadora com filme e foto
- Softwares completo de edição de imagens com: fluxo de trabalho de edição fluido e de alto desempenho, corte dinâmico da linha de tempo, efeito de estabilizador de distorção, corretor de cores em três vias, camadas de ajuste, painéis monitores

aperfeiçoados, trilhas de áudio avançadas e flexíveis, trabalho com os formato para celular, DSLR, HD e RAW; edição, aparo e ajuste efeitos em tempo real; estabilização sequências tremidas; interface dinâmica e redesenhada e um suporte expandido a várias câmeras

- Software para criar efeitos visuais cinematográficos e animações com recursos 3D
- Tripé de alumínio
- Rebatedor de luz
- Iluminador portátil a bateria 100/200w2
- *Câmera*: camcorder de alta definição baseada em memória flash com capacidade para uma variedade de taxas de quadro e resoluções, diferentes usos de lentes, tempo de gravação longo, fotografia nos modos 720p, 1080i ou 1080p, "fast e slow motion"
- *Cartão de memória compatível com a máquina (2 de 32G)*
- Microfone direcional (tipo boom)
- Suporte manopla 2,5 m para Microfone
- Microfone sem fio.

Pesquisa e Monitoramento

Entende-se que a clinica não pode estar distante da pesquisa. É esta que estrutura e norteia as ações em saúde, sendo um dispositivo central e indispensável na sua melhoria.

Para isto, é fundamental a escolha adequada da pesquisa no que concerne ao tipo e definição do objeto. Para o Ministério da Saúde (2007), em sua publicação “Por que Pesquisa em Saúde?”, baseada na publicação da *Council on Health Research for Development* e da *Global Forum for Health Research*, as pesquisas precisam desenvolver métodos para:

- investigar a natureza e a extensão dos problemas de saúde subjacentes e suas causas etiológicas (inclusive determinantes existentes dentro e fora do setor saúde);
- examinar a relevância e a capacidade de transferência do conhecimento e das ferramentas desenvolvidas em qualquer lugar;
- realizar experimentos com adaptações às condições e contextos locais;
- explorar a dimensão de escala e a sustentabilidade das intervenções; monitorar e avaliar a efetividade das intervenções e o seu grau de sucesso;
- medir a eficiência e o custo-efetividade de todos os elementos no processo;

- explorar os obstáculos sociais, econômicos, nacionais e internacionais ao fechamento do espaço entre “o saber e o fazer” e tentar encontrar soluções

Contudo, ainda é um desafio a capacidade de incorporação dos resultados das pesquisas no sistema e serviços de saúde. Infelizmente, ainda há um hiato entre a Academia e a Clínica, hiato este que precisa ser enfrentado através de estratégias eficientes de capilarização destas informações.

Por isso, este projeto vem com a concepção de articulação constante entre pesquisa e intervenção, ambos ocorrendo simultaneamente no espaço do território. Neste enfoque, as inovações propostas estarão articuladas com a pesquisa transversal, que, por sua vez, subsidiará estas ações.

Assim, o eixo de pesquisa e monitoramento vem propor um investimento na produção de conhecimentos, identificando, difundindo e usando-o de forma inovadora para melhorar as ações, bem como preparar uma plataforma tecnológica, que pode envolver desde medicamentos a tecnologias educativas e de cuidado, por exemplo.

Isto se dará tanto a partir das bases de dados já existentes no município, no intuito de fomentar o diagnóstico em câncer, quanto na criação de novas bases de dados para ampliar o conhecimento sobre o comportamento do câncer no município.

Bem realizadas, a pesquisa e o monitoramento também poderão dar respostas quanto ao impacto do projeto no município na qualificação do controle e cuidado do câncer através das ações inovadoras na organização e modelo de cuidado propostos por este projeto.

Para obter estes resultados, serão realizadas pesquisas quantitativas e qualitativas. As demandas percebidas no município foram:

1) Identificação do perfil epidemiológico e assistencial dos pacientes com câncer: morbidade, mortalidade, tipos de câncer mais prevalentes, fatores de risco (atividade laboral, hábitos de vida, etc), acesso (rastreamento ou demanda espontânea), espacialização dos casos, tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia), entre outros.

2) Diagnóstico da rede assistencial em câncer: tempo de diagnóstico e de início do tratamento, acolhimento, tempo e local de acesso, referência e contra-referência, seguimento, capacidade de oferta x demanda, acompanhamento durante e pós-tratamento, número de profissionais, identificação de nós críticos da rede, entre outros dados.

3) Percepção e subjetividade dos pacientes com câncer sobre a doença, podendo estender-se aos cuidadores.

Além destas necessidades já identificadas, durante a execução do projeto poderão surgir novas demandas de pesquisas, inclusive orientadas pelos demais eixos, a exemplo: relação de HPV com o câncer, monitoramento do impacto das ações em comunicação na mudança dos processos de comportamento, levantamento das principais campanhas publicitárias produzidas nos últimos anos em Oncologia e seus impactos.

Assim, busca-se a escolha das ações de intervenção orientada pela pesquisa de mapeamento inicial, mas também que estas afetem e interfiram na produção do conhecimento pela pesquisa e monitoramento, de forma dialética e construtiva. Pretende-se com isso o fortalecimento e manutenção das mudanças propostas pelo projeto, dando maior embasamento a elas, e, assim, que os resultados obtidos sirvam de referência tecnológica de reorientação de modelo de cuidado e controle do câncer enquanto doença crônica no Brasil.

Para a realização destas pesquisas de forma qualificada, pretende-se a articulação com universidades estaduais e federais e centros de ensino e pesquisa através de contratos de cooperação técnica e/ou convênio.

Referências Bibliográficas

Borges e cols. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*. Maringá: v.11, n.2, p.361-269, mai/ago 2006.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil, Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário oficial da união, Poder Executivo, Brasília, DF*.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Cadernos HumanizaSUS, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde? – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Conselho Estadual de Saúde – CES. Resolução do Conselho Estadual de Saúde – CES nº 14/2012, Nov. 2012.

Gianini, M.M.S. Câncer e gênero: enfrentamento da doença. Dissertação de mestrado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2007. Em http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2008-08-26T06:57:07Z-6254/Publico/Marcelo%20Marcio%20Siqueira%20Gianini.pdf

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Mendes, E.V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. Revista de APS. Juiz de Fora: v. 8, n. 2, jul./dez 2005.

Pichon-Rivière, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Pinheiro, R. Cuidado em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>

Py, L. Cuidar do cuidador: transbordamento e carência. Revista Brasileira de Cancerologia. 50(4): p.346-350, 2004.

Rede Câncer. O desafio da comunicação em saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

THE POPULATION COUNCIL. Strengthening Reproductive Health Services in Africa through Operations Research. Africa Operations Research and Technical Assistance Project II. Funded by the U.S. Agency for International Development (A.I.D), Office of Population Contract No. CCC-3030-C-00-3008-00, 2000.

Teixeira, Luiz Antonio (Coord.) De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil / Luiz Antonio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca.- Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007.

Vasconcelos. E.M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004

Vincent, S.P. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1): 79-85, 2007.

WHO. Expanding Capacity for Operations Research in Reproductive Health: Summary Report of a Consultative Meeting, WHO, Geneva, Switzerland, December 10–12, 2001, World Health Organization, 2003.

Sites: <http://www.epidemiology.vcu.edu/about/news/>
www.inca.gov.br

ANEXO B – Ofício n.º 004/2015



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

03 de Setembro de 2015

Ofício n.º 004/2015

Para: Luciana de Oliveira Figueira

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer referente ao projeto de pesquisa: “Cuidados paliativos no Projeto Conquista: Uma abordagem no campo direito e saúde” da pesquisadora Luciana de Oliveira Figueira.

Após análise pela comissão a pesquisa foi indeferida:

- A comissão sugere reavaliação do tema, uma vez que o Projeto Conquista, alvo do estudo, não está sendo executado e, portanto, ainda não conclusivo.

Atenciosamente,

Michela Macedo Lima Costa

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente