CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO E A ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM OBESIDADE AOS SERVIÇOS E ÓRGÃOS QUE IMPORTEM EM ATENDIMENTO ATRAVÉS DE FILAS, SENHAS OU OUTROS MÉTODOS SIMILARES

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
DEZEMBRO, 2013

ESTUDO TÉCNICO: Atendimento prioritário e a acessibilidade de pessoas com obesidade aos serviços e órgãos que importem em atendimento através de filas, senhas ou outros métodos similares.

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei nº 496/2013 de autoria da Vereador Léo Prates, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito ou constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação relacionada ao tema em questão.

DIREITO E ACESSO À SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, fruto de exaustivos debates entre diversos atores sociais e políticos, representa no campo da saúde, a garantia de direitos sociais e a universalização de alguns direitos como atributos de cidadania e, simultaneamente, dever do Estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, definiu no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

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

Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

Além do princípio que concebe a saúde como direito, a Constituição Brasileira de 1988, qualificou o direito à saúde incluindo-o no conjunto dos Direitos Sociais. Isso significa que para a administração pública, a responsabilidade de elaborar programas operacionais que garantam que a atenção à saúde de toda a população habitante na área de abrangência de sua competência esteja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais. Para a população, significa a possibilidade de exigir, individual ou coletivamente, a

consecução desse direito junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, sempre que ele for negado.

O SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, reafirma os ideais do movimento da reforma sanitária, principalmente no tocante à descentralização, participação e integralidade, sendo este último destinado a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direito e serviço de saúde. O princípio da "integralidade" como definição legal e institucional significa a garantia de conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade de assistência do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização. Conforme o *Manual de atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde,* o princípio da integralidade:

> [...] refere-se tanto ao homem quanto ao Sistema de Saúde, reconhecendo que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade: as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser divididas; as unidades constitutivas do Sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (MPF, 2005, p.14).

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União nº 155, a Portaria nº 1.820 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Dentre outras garantias, o documento manifesta:

> **Parágrafo único**. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:
>
> I – atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e em condições adequadas de atendimento;
> II – informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível quanto a:
> a) possíveis diagnósticos;
> b) diagnósticos confirmados;
> c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;
> d) resultados dos exames realizados;

e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;
f) duração prevista do tratamento proposto;
g) procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;
h) necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;
i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;
j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
k) evolução provável do problema de saúde;
l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;
m) outras informações que forem necessárias.

O acesso da população a serviços de saúde é pré-requisito fundamental para uma assistência à saúde eficiente. É sabido que o sistema institucional de saúde, nas suas rotinas diárias, apresenta dificuldades que impedem a efetivação de uma assistência à saúde resolutiva e de qualidade. Um dos fatores que contribui para essa situação é a inacessibilidade de alguns grupos populacionais a esses serviços.

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores, divididos em determinantes da oferta e da demanda (Barata, 2008). Para haver acesso, a primeira condição é a existência de serviços em quantidade e qualidade, isto é, depende da disponibilidade de serviços: localização, distribuição geográfica e no território, de acordo com as necessidades da população local.

No Brasil existem diferenças marcantes nas taxas de utilização dos serviços de saúde, gerando graves desigualdades de acesso e refletindo as desigualdades sociais. A indisponibilidade de fichas para consultas e do número de profissionais médicos e odontólogos para o atendimento foram os principais motivos relacionados com a dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil.

Algumas iniciativas em curso no Brasil (Alagoas, Goiás, Rio Grande do Sul) vêm apontando que as marcações de consultas e de exames especializados ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizadas via *online* ou por central telefônica estão contribuindo para a consolidação da Política

Nacional de Humanização do SUS, diminuindo a burocracia na atenção à saúde, melhorando a assistência e qualidade no atendimento.

OBESIDADE

Quadro epidemiológico

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é um transtorno metabólico caracterizado pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo que pode levar a um comprometimento da saúde (WHO, 1998; WHO, 2006). Há um consenso na literatura de que sua etiologia é multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais e culturais.

Do ponto de vista epidemiológico, a obesidade e suas complicações vêm crescendo rapidamente entre adultos, crianças e adolescentes, sendo reconhecida hoje como uma epidemia global (WANG, MONTEIRO & POPKIN, 2002; O'BRIEN, HOLUBKOV & REIS, 2004) e como um dos principais fatores causais de morbi-mortalidade humana (WHO, 1998). Contribuem para o quadro mundial, a globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas. Vale considerar que a obesidade envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história.

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, a obesidade alcançou proporções epidêmicas globais com mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo que 300 milhões são clinicamente obesos.

Nos países da América, a obesidade vem aumentando, para ambos os gêneros, tanto em países desenvolvidos quanto nas sociedades em desenvolvimento. Na Europa, verificou-se num decênio um incremento entre 10% a 40% da obesidade na maioria dos países. Na região Oeste do Pacífico, compreendendo a Austrália, o Japão, Samoa e China, também nota-se a

elevação da prevalência da obesidade. No entanto, a China e o Japão, apesar do aumento da obesidade em comparação com outros países desenvolvidos, apresentam as menores "prevalências" mundiais. Nos continentes africano e asiático, a obesidade é ainda relativamente incomum, sendo que sua prevalência é mais elevada na população urbana em relação à população rural. Mas nas regiões economicamente avançadas destes continentes, a prevalência pode ser tão alta quanto nos países desenvolvidos1

No Brasil, os inquéritos populacionais de tendência da obesidade nos últimos 25 anos também mostram um aumento na prevalência da doença em geral (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003). De acordo com, a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, 38,8 milhões de pessoas com 20 anos de idade ou mais estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país. Dentre esse contingente, 10,5 milhões são obesos.

Estudos realizados em diferentes capitais do Brasil revelam que o sobrepeso e a obesidade chegam a atingir cerca de 30% das crianças e adolescentes estudados, como em Recife (BALABAN & SILVA, 2001) e Salvador (LEÃO *et al*, 2003). Estudo recente realizado em Fortaleza encontrou uma prevalência total de sobrepeso e obesidade de 19,5%. Esta prevalência foi maior nas escolas privadas e na adolescência precoce, não ocorrendo diferença entre os sexos (CAMPOS, LEITE & ALMEIDA, 2007).

Devido a essa grande predominância e suas graves dimensões sócio-econômicas e psicológicas, a obesidade tem merecido maior atenção e estudos.

Prioridade em Saúde Pública

A obesidade é uma doença que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor. Além de um transtorno metabólico, é considerada importante fator de risco para outras enfermidades tais como

dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes melito tipo II e alguns tipos de câncer.

Atualmente, tem sido considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao aumento “constante” da sua incidência.

Nas últimas décadas, as populações urbanas têm adotado mudanças importantes em sua alimentação, incorporando a denominada "dieta ocidental" ou "dieta moderna", caracterizada como uma alimentação rica em gordura (principalmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados e pobre em fibras e outros carboidratos complexos. Por outro lado, a redução da atividade física e a adesão ao estilo de vida sedentário devem-se a alterações na esfera do trabalho, do lazer e do modo de vida moderno. Estas alterações, por sua vez, estão associadas ao processo de desenvolvimento e modernização das sociedades contemporâneas.

No Brasil, também verificaram-se mudanças na dieta e na atividade física da população. Estudos têm apontado modificações no padrão de alimentação da população brasileira entre os anos de 1961/63, 1975/76 e 1987/88. As modificações observadas referem-se ao menor aporte de carboidratos no consumo energético total e sua substituição por gorduras, principalmente as de origem vegetal em detrimento das gorduras de origem animal, o consumo excessivo de açúcar e insuficiente de carboidratos complexos e fibras.

No que diz respeito à atividade física, ainda segundo esses autores, houve transformações na estrutura das ocupações de trabalho. Observa-se nas últimas décadas à mecanização do processo de trabalho e o aumento da participação da população no setor terciário da economia, cujas ocupações requerem menor demanda energética que nos demais setores, tais como o secundário e primário. E a redução nas atividades do setor primário. Tal situação relaciona-se ao fenômeno da transição demográfica, com a concentração da população nas áreas urbanas do país e, ainda, em decorrência do desenvolvimento tecnológico.

As considerações acima permitem inferir que o país vem substituindo o problema de escassez alimentar pelo excesso dietético.

Frente ao exposto, é necessária uma maior atenção do Poder Público para o problema. No âmbito da Saúde Pública faz-se urgente a formulação e implementação de políticas públicas voltadas para ações de promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, como também para o controle da doença instalada. Parcerias entre o governo e a sociedade civil também se constituem num caminho possivelmente promissor na prevenção e tratamento da obesidade, por meio da responsabilização e do autocuidado, permitindo que a comunidade participe do processo de promoção da saúde.

Trata-se de um importante desafio para a Saúde Pública, o quadro de doenças crônica e seus fatores de risco, como sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada. Por esses motivos, as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS:

Barata, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da PCV 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. **Ministério da Saúde**. **PORTARIA MS/SAS Nº 304, de 2 de julho de 1992**. Estabelece Diretrizes e Normas para Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde**. PORTARIA MS/SAS Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009.** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. 2004**. [Acesso em 28 dezembro 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ home/ estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/pof2002analise.pdf.

Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq Bras Endocrinol Metabol** 1999; 43(3):186-194.

Mondini L, Monteiro CA. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. Rev. bras. epidemiol. 1998; 1:28-39.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003**. [Acesso em 28 de dezembro de 2013]. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.

Pena M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: Peña M, Bacallao J, editores. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. [**Publicação científica nº 576**]. Washington, D.C.: OPAS; 2000.

Pereira LO, Francischi RP, Lancha-Junior HA. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq Bras Endocrinol Metabol** [periódico na Internet] 2003 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a03v47n2.pdf

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. 1990; 24(6):445-52.

WHO – World Health Organization. **What are overweight and obesity?** Genève: WHO, 2006.

Wanderley E N; Ferreira, V A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.1** Rio de Janeiro Jan. 2010