



DIÁLOGOS & CIÊNCIA

PERIÓDICO MULTIDISCIPLINAR DA REDE FTC

Volume 3, número 40 (17), setembro/dezembro de 2017 - ISSN 1678-0493

sustentabilidade
tecnologia
inovação
ciência

Foto de capa: Luís Sergio Nunes



DIÁLOGOS & CIÊNCIA

V. 3 n. 40 (17), setembro/dezembro 2017

ISSN 1678 - 0493

EDIÇÃO REGULAR

PERIÓDICO MULTIDISCIPLINAR DA REDE FTC

**INSTITUTO MANTENEDOR DE ENSINO SUPERIOR (IMES)
FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS (REDE FTC)**

Presidente da Rede FTC

William Rogers de Oliveira

Diretor de Operações da Rede FTC

Cristiano Lobo

Diretor Geral da FTC

Edilson Barbuda Lins

Coordenação de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão

Januário Gomes Mourão e Lima

Indexação em Base de Dados Nacionais

Portal de Periódicos:

Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Editada em maio de 2018

Última edição em julho de 2017

Publicada em maio de 2018

DIÁLOGOS & CIÊNCIA

V. 3 n. 40 (17), setembro/dezembro 2017

ISSN 1678 - 0493

EDIÇÃO REGULAR

PERIÓDICO MULTIDISCIPLINAR DA REDE FTC

© IMES 2017 - Faculdade de Tecnologia e Ciências (REDE FTC)

Os autores são responsáveis pela apresentação dos fatos contidos e opiniões expressas nesta obra

EQUIPE TÉCNICA

Editora Chefe

Maise Silva

Editor Científico

Luis Cesar Sartini Paulillo

Editor Executivo

Januário Gomes Mourão e Lima

COMITÊ EDITORIAL (janeiro 2017 a maio 2018)

Editoração de Texto

Dra. Maria das Graça Sobral

Dr. Gustavo Alonso Muñoz Magna

Msc. Camila Oliver

Dr. Robinson Magalhaes Maia

Capa

Luís Sergio Nunes

Editor de Layout

Dr. Jerisnaldo M. Lopes

Editoração Gráfica

Bel. Luciana Aquino

Msc. Ana Paula Amorim

Editores de seção

Arte, Cultura e Humanidades

Dr. Alberto Freire Nascimento

Energia Renovável

Dr. Alexandre P. Wentz

Dr. Cleber André Cechinel

Dr. Robinson Magalhaes Maia

Saúde

Dra. Isis Fernandes Magalhaes Santos

Dr. Lúcio Flávio Teixeira Dâmis

Dra Mabel Barbosa Esteves

Dr. Marcos Lázaro da Silva Guerreiro

Dr. Januário G. Mourão e Lima

Biotecnologia

Dra Astria Dias Ferrão Gonzales

Dr. Fábio Macêdo Nunes

Dr. Thiago Bruce Rodrigues

Dra Viviane Matos Galvão.

Ecologia, Meio Ambiente e Redes de Interação

Dr. Cesar Roberto Góes Carqueija

Dra. Maise Silva, Dr. Luis Cesar Paulillo

Dr. Gustavo Alonso Muñoz Magna

MSc Fernando Dutra

Educação e Cidadania

Dra Tatiane de Lucena Lima

Dr. Marcos Lázaro da Silva

Gestão, Inovação e Empreendedorismo

MSc. Roberto Antonio Fortuna Carneiro

Jerisnaldo Lopes

Revista Diálogos & Ciência

- Volume 3, n. 40 (17), 2017- Salvador-Bahia: IMES/FTC, 2017.

Quadrimestral

DIÁLOGOS & CIÊNCIA

V. 3 n. 40 (17), setembro/dezembro 2017

ISSN 1678 - 0493

Sumário

Levantamento Fitoquímico da espécie <i>Cyperus rotundus</i>	1
<i>Cinara Rejane Viana Oliveira, Danielle Brandão de Melo</i>	
O consumo da cafeína durante a gestação e seus possíveis efeitos	11
<i>Jéssica Araujo de Almeida Souza, Paula Bacelar Leite</i>	
Promoção do uso racional de medicamentos na atenção básica de saúde no município de América Dourada, Bahia	23
<i>Francisco Pereira de Santana Neto, Rosa Maria Martinez Castor de Cerqueira</i>	
Perfil farmacológico das demandas judiciais impetradas contra o município de Salvador, no período de 2014 A 2015	43
<i>Ana Castro Ferreira, Vanessa Brito de Jesus</i>	
Perfil da comunidade acadêmica de uma Instituição de Ensino Superior sobre descarte de medicamentos	62
<i>Patricia Carla Barbosa Pimentel, Francisco José Pacheco dos Santos, Ana Maura C. de Moura Alcântara, Cintia Gomes de Santana, Luzimara da Cruz Figueiredo, Marícia Souza</i>	
Levantamento fitoquímico da espécie <i>Morinda citrifolia</i> L.	77
<i>Cinara Rejane Viana Oliveira, Ana Carolina Costa de Jesus, Marília Costa de Oliveira, Milena Menezes dos Santos</i>	

- Prevalência de Coinfecções em Pacientes Soropositivos para vírus da Imunodeficiência Humana e com histoplasmoses internados em um Hospital de Referência de Salvador, Bahia** 86
Rumy Katayose de Almeida, Erica G. dos Santos, Bruno T. Argôlo Araújo, Iasmim C. Ledo, Isadora S. Reis, Badaró Sérgio da S. Badaró
- Fatores de risco cardiovascular entre crianças e adolescentes de uma escola pública em Salvador, Bahia** 97
Isis Fernandes Magalhães-Santos, Ilana Bloisi Souza
- Legibilidade de artigos científicos** 117
Tânia Gonçalves Barbosa, Cláudio Lúcio Fernandes Amaral
- Jovens negras (os) como alvo preferencial da violência: um problema de saúde pública** 125
Alessandro Mercês de Queiroz, Ítalo Rosário de Freitas, Kleber Leonardo Santos Silva, Andrea Rios Ribeiro Sampaio

LEVANTAMENTO FITOQUÍMICO DA ESPÉCIE *Cyperus rotundus*

Cinara Rejane Viana Oliveira¹

Danielle Brandão de Melo¹

¹Universidade do Estado da Bahia

*E-mail: danibramelo.farma@gmail.com

Abstract. *Cyperus rotundus*, better known as grass-danda, belongs to the Cyperaceae family, genus *Cyperus*. It is a perennial, herbaceous plant, reaching up to 60 cm high, with a triangulated stem produces small tubers high regenerative power. It is found in more than 92 countries, and fits in a variety of climates and soils cultures. They are used for treating gastric ulcer, isocurcumenol the compound extracted from the rhizomes of the plant may be an agonist at the benzodiazepine receptor and allosteric GABA modulator, indicating a potential anxiolytic action of this plant. This study objective was to identify the characterization of responses from the presence of certain classes of secondary metabolites present in the root of the nut grass. The phytochemical analysis of selected plant was made conducting tests to detect some important constituents and metabolites of the main groups: saponins, flavonoids, tannins, alkaloids, triterpenes, sterols and leucoanthocyanidins. Tests were considered positive reactions through precipitated staining and formation of foams.

Key-words: Pphytochemistry. Metabolites. *Cyperus rotundus*. Dandá grass

Resumo. *Cyperus rotundus*, mais conhecida como capim-dandá, pertence à família Cyperaceae, gênero *Cyperus*. Caracteriza-se como uma planta perene, herbácea, podendo chegar à 60 cm de altura, com um caule triangulado, produz pequenos tubérculos de alto poder regenerativo. É encontrada em mais de 92 países, sendo que se adapta em vários tipos de solos, climas e culturas. São empregadas para tratar úlcera gástrica, devido ao isocurcumenol, extraído dos rizomas da planta, que pode ser um agonista do receptor benzodiazepínico e modulador alostérico gabaérgico, indicando uma possível ação ansiolítica desta planta. O presente estudo qualitativo de caráter experimental objetiva identificar a partir de reações de caracterização a presença de algumas classes de metabólitos secundários presentes na raiz da *Cyperus rotundus*. A análise fitoquímica da planta selecionada foi feita realizando testes para detecção de alguns constituintes importantes e dos principais grupos de metabólitos: saponinas, flavonoides, taninos, alcaloides, triterpenos, esteróis e leucoantocianidinas. Os testes foram considerados positivos através de reações de precipitados com colorações, e formações de espumas. Resultados: foram extraídos a partir do extrato da *C. rotundus* as substâncias bioativas taninos, alcaloides, saponinas, triterpenos e esteróis exceto leucoantocianidinas, que não estava presente.

Palavras-chave: Estudo fitoquímico. Metabolitos. *Cyperus rotundus*. Capim-dandá.

1 INTRODUÇÃO

A família Cyperaceae é composta por representantes herbáceos que crescem, prevalentemente, em terrenos brejosos ou alagadiços. Esta família, com cerca de 70 gêneros e mais de 3.500 espécies, cujos representantes são facilmente reconhecíveis, tem larga distribuição em todo o mundo. Na antiguidade, a polpa do caule das Cyperaceae servia como material para a produção dos papiros usados pelos antigos egípcios (JOLY, 1975). *Cyperus rotundus* é uma espécie perene, herbácea, ereta, de caule triangulado, medindo de 10 a 60 cm de altura. Suas folhas são brilhantes e de coloração verde escuro, medindo de 5 a 12 cm, basais, glabras, menores que o caule, que mede de 10 a 30 cm de comprimento por 3 a 6 mm de largura. Suas inflorescências são em umbelas compostas de muitas espiguetas de coloração marrom (BLANCO, 2006).

Cyperus rotundus tem oferecido grande resistência aos métodos convencionais de controle (químico e mecânico), pois apresenta uma estratégia de reprodução bastante eficiente atingindo, em condições ambientais propícias, uma multiplicação intensa e rápida (ERASMO et al., 1994). No Brasil é encontrada em toda a extensão territorial (RICCI et al., 2000; DURIGAN et al. 2005) sendo considerada em muitos agroecossistemas como a principal planta daninha (BLANCO, 2006).

SOUMAYA et al. (2005) relatam que os tubérculos desta planta são utilizados no tratamento da amenorréia e irregularidades menstruais. Dizem também serem usados como analgésico, sedativo, antiespasmódico e para aliviar a diarreia. Na Índia, é comumente usado para febre, disenteria, dor, êmese e várias desordens sanguíneas (SINGH et al., 1970). Segundo GUPTA et al., (1970) os tubérculos são usados em tratamentos clínicos de artrite, como anti-inflamatório e como antipirético. Em grande parte do mundo, utiliza-se *C. rotundus* na fabricação de papel, nas indústrias têxtil e alimentícia. Na China, o amido de tiririca é utilizado comumente na cozinha tradicional (UMERIE; EZEUZO, 2000).

O uso de plantas medicinal e fitoterápico, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico foi oficialmente reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, quando realizou uma conferência em Alma-Ata, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. A OMS reconhece que 80% da população dos países em desenvolvimento são usuários de práticas tradicionais nos cuidados básicos em saúde (HAYASHI, 2012).

A pesquisa fotoquímica tem por objetivo conhecer os constituintes químicos de espécies vegetais ou avaliar sua presença. Quando se dispõe de estudos químicos acerca das espécies

de interesse, a análise fotoquímica preliminar pode indicar o grupo de metabólitos secundários relevante da mesma. Caso o interesse esteja restrito a uma classe específica de constituintes ou às substâncias responsáveis por determinada atividade biológica, a investigação deverá ser direcionada para o isolamento e a elucidação estrutural da mesma (SIMOES et al., 1999). Dessa forma, estudos de prospecção fotoquímica por meio de extratos brutos ou fracionados, são de fundamental importância para a identificação de novas plantas medicinais, que despertem o interesse ou respaldem estudos químico-farmacológicos ou químico-biológicos.

O objetivo deste trabalho foi preparar os extratos da raiz da espécie *Cyperus rotundus* para serem submetidos a testes fotoquímicos, com a finalidade de identificar as classes de metabólitos secundários presentes na espécie.

2 MATERIAL & MÉTODOS

Preparação do extrato

A raiz do Dandá, depois de adquirida numa feira livre da cidade de Salvador- Bahia, foi naturalmente seca em lugar coberto, limpo e livre de umidade e posteriormente trituradas em aparelho turbolizador, resultando em 70,0041 g de amostra. Em seguida, realizou-se a extração colocando o triturado em um béquer de 300 ml adicionando-se solvente etanol a 70% de modo a ocorrer completa submersão do material, a fim de em seguida fechar o recipiente com papel laminado, agitar de forma suave e repousar o conteúdo durante uma semana.

Testes fotoquímicos dos extratos vegetais

Flavonoides: em um tubo de ensaio foi adicionado 3ml do extrato vegetal, 2ml de álcool e fragmentos de magnésio. Foi observado mudança da coloração na solução, para o vermelho ou róseo.

Taninos: 5 ml de extrato foi levado a evaporação em uma cápsula de porcelana. Em seguida, o extrato foi emulsionado com 10 ml de água destilada até a secagem. O resultado foi filtrado e transferido para um tubo de ensaio onde foi adicionado três gotas de cloreto férrico a 10%. Observou-se se houve mudança de coloração para verde escuro.

Alcaloides: evaporou-se 25 ml do extrator em Béquer de 100ml e adicionado 10 ml de HCl a 10% e aquecido por 5 minutos. Depois filtrado e transferido para Béquer de 50 ml. Deste foi retirado 3 ml e colocado em tubo de ensaio e adicionado 5 gotas do reativo de Dragendorff.

Saponinas: Em um Bequer de 50 ml, foi evaporado 5 ml do extrato e adicionado 10 ml de água destilada fervida até a total dissolução. Depois, transferiu-se o extrato para um tubo de ensaio, agitando-o vigorosamente. Nesta etapa foi detectada a ocorrência de espuma após 15 minutos.

Triterpenos e esteróis: Agitou-se em funil de separação 10 ml do extrato com 10 ml de clorofórmio. Depois foi evaporado 5 ml do extrato clorofórmico em béquer de 50 ml. O resíduo foi redissolvido com 1 ml de anidrido acético e a solução foi transferida para um tubo de ensaio. Adicionou-se 1 ml de ácido sulfúrico concentrado pela parede do tubo sem agitar. Foi visualizada a coloração amarelada na zona de contato. Em seguida, 10 ml do extrato foi transferido para um Béquer e adicionadas 5 gotas de HCl levadas à ebulição. A Reação foi positiva para leucoantocianidinas, confirmadas pelo aparecimento da coloração vermelha.

3 RESULTADOS & DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os metabólitos secundários presentes no extrato obtido da amostra seca triturada da raiz do Dandá: flavonoides, taninos, alcaloides, saponinas, triterpenos e esteróis, exceto leucoantocianidinas.

Os alcaloides constituem uma vasta família com mais de 15.000 metabólitos secundários nitrogenados. A função fisiológica dos alcaloides nas plantas não é bem conhecida, mas sabe-se que possuem relevantes efeitos farmacológicos em animais vertebrados. A maioria dos alcaloides é derivada do metabolismo dos aminoácidos alifáticos (ornitina e lisina) e dos aminoácidos aromáticos (fenilalanina, tirosina, triptofano) (CASTRO et al., 2004; TAIZ; ZEIGER, 2004).

Os taninos podem estar distribuídos em diversos órgãos: folhas, flores, caule e frutos. Nas células vegetais, os taninos estão localizados separadamente das proteínas e enzimas do citoplasma, dissolvidos dentro de vacúolos. Seu modo de ação está relacionado com a propriedade de adstringência. São também requeridos como antidiarreicos (CASTRO et al., 2004), hipertensão arterial, reumatismo, hemorragias, feridas, queimaduras, problemas estomacais, problemas renais e do sistema urinário, processos inflamatórios em geral (SIMÕES et al., 2003).

Os flavonoides são responsáveis pelo aroma dos alimentos e pela coloração das flores, atuando também na defesa química das plantas contra fungos e bactérias. Os flavonoides podem ser classificados como flavonas, flavononas, isoflavonas, chalconas e antocianinas. Esses compostos ocorrem como misturas, sendo muito raro encontrar somente um simples componente flavonóide no tecido vegetal. Nos últimos anos, os isoflavonóides têm se tornado conhecidos pela sua ação como fitoalexinas, ou seja, barreira química responsável pela resistência da planta ao ataque de microrganismos, compostos antimicrobianos sintetizados em resposta à infecção por fungos ou bactérias, que podem limitar a propagação do patógeno invasor. Muitos flavonoides são indicados como anti-inflamatórios, anti-varicosos, diuréticos, antiviróticos, antioxidantes, com atividade antimicrobiana e fungistática (CASTRO et al., 2004).

As saponinas ou saponosídeos constituem um grupo particular de heterosídeos, cuja denominação é devido a formação de espuma. Todas as saponinas são fortemente espumosas e constituem excelentes emulsionantes. Esse composto irrita a mucosa, provocam um relaxamento intestinal, aumentam as secreções mucosas dos brônquios (são expectorantes), são também usadas como diuréticos e desinfectantes das vias urinárias e anti-inflamatório. A casca de *B. forficata* e *B. unguiculata* apresentaram resultados negativos para este metabolito.

Os esteroides ou triterpenos constituem os óleos essenciais ou voláteis. Segundo, Fracaro et al. (2004), não existe diferença fundamental entre os triterpenos e os esteróis, considerando-se estes últimos como triterpenos tetracíclicos que perderam, no mínimo, três metilas. Esses metabolitos são encontrados nos extratos etanólicos da casca da *B. forficata* e *B. unguiculata*, seu interesse terapêutico dá-se pela importância dos glicosídeos cardiotônicos, que fazem parte desse grupo; interesse por sitosterol, estigmasterol.

Alguns autores já relataram a presença de certas substâncias aleloquímicas no extrato. Catunda et al. (2002) relatam a presença de fenóis, flavonoides, saponinas e taninos. CONCI (2004) buscou os constituintes químicos de *Cyperus rotundus* através de cromatografia em camada delgada (CCD) a partir de extratos alcoólico e aquoso. O autor encontrou a presença de terpenos e esteroides, flavonoides, alcaloides, taninos para o extrato alcoólico.

BRASIL (2006) aprovou o Decreto N° 5.813, de 22 de junho de 2006, que apresenta a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos visando “*garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional*”.

Tal decreto, subsidia a Relação Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (RENAFITO), que prioriza espécies da flora brasileira sem risco de extinção e plantas que se adaptaram ao ecossistema nacional; e a Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (RENISUS) constituída de espécies vegetais nativas ou exóticas adaptadas, amplamente utilizadas pela população brasileira, que apresentem evidências para indicação de uso na atenção básica da saúde, capazes de avançar nas etapas da cadeia produtiva e de gerar produtos de interesse ao SUS, além de auxiliar na elaboração da RENAFITO.

A espécie *Cyperus rotundus* não consta na relação da RENISUS, apesar de se enquadrar de forma satisfatória em todos os requisitos, seja pela sua plausível distribuição no Brasil devido a sua alta capacidade adaptativa em diferentes meios, ou pela boa acessibilidade e consideráveis propriedades terapêuticas.

4 CONCLUSÃO

O Brasil possui uma flora extensa e versátil, todavia o aproveitamento de seus recursos naturais, principalmente no que tange as plantas medicinais, mostra-se ainda insipiente, fato que se traduz no restrito número de publicações sobre plantas medicinais por parte de pesquisadores brasileiros ao passo que de forma paradoxal, a maioria da população utiliza plantas medicinais para algum fim terapêutico sem embasamentos científicos, pondo sua saúde em risco. O presente artigo evidenciou através do estudo fitoquímico da espécie *Cyperus rotundus*, o quão relevante terapeuticamente pode ser uma planta brasileira de fácil acesso, baixo preço e largamente disponível.

A presença dos metabólitos secundários taninos, alcaloides, saponinas, triterpenos e esteróis atribui à vulgarmente conhecida raiz de dandá propriedades terapêuticas importantes sendo anti-inflamatória, analgésica, sedativa, antiespasmódica, diurética, antivaricosa, antivirótica, antioxidante, atividades antimicrobiana e fungistática entre outras já citados.

Logo, é necessário uma maior difusão de conhecimentos que abranjam as plantas medicinais por meio de incentivo à pesquisa junto aos povos brasileiros tradicionais, índios e quilombolas, que muito podem contribuir para a comprovação científica dos mais diversos fins terapêuticos das plantas medicinais existentes, impulsionando assim a produção e disponibilização de novos medicamentos fitoterápicos e outras drogas passíveis de serem financiadas por laboratórios brasileiros, reduzindo custos, aumentando o acesso a medicamentos, bem como a promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto N° 5.813, de 22 de junho de 2006.

CASTRO, H. G., FERREIRA, F. A.; SILVA, D. J. H. da.; MOSQUIM, P. R. Contribuição ao estudo das plantas medicinais: metabólitos secundários. 2 ed. Viçosa: Gráfica Suprema, 2004. 113p.

BRASIL. Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do Sistema Único de Saúde (RENISUS). Disponível em: <<http://www.plantasmedicinasefitoterapia.com/plantas-medicinais-do-sus.html>>. Acesso : 12 de setembro de 2015.

CONCI, F. R. Utilização de extrato aquoso e alcoólico de *Cyperus rotundus* (tiririca) como fitorregulador de enraizamento de *Lagerstroemia indica* (Extremosa) e da *Hydrangea macrophila* (Hortênsia). 44f. Monografia (Graduação em Agronomia), Universidade Comunitária Regional de Chapecó, Chapecó, 2004.

DURIGAN, J. C. CORREIA, N. M.; TIMOSSI, P. C. Estádios de desenvolvimento e vias de contato e absorção dos herbicidas na inviabilização de tubérculos de *Cyperus rotundus*. Planta Daninha, Viçosa, v. 23, n.4, p. 621-626, 2005.

DUTRA, L. F.; KERSTEN, E.; FACHINELLO, J. C. Época de coleta, ácido indobutírico e triptofano no enraizamento de estacas de pessegueiro. Scientia Agrícola, Piracicaba, v. 59, n. 2, p. 327-333, 2002.

ERASMO, E. K. A., ALVES, P. L. C. A.; KUVA, M. A. Fatores que afetam a brotação de tubérculos de tiririca (*Cyperus rotundus* L.): I Qualidade da luz, concentração de CO₂, e temperatura. Cultura Agronômica, Ilha Solteira, v. 3, n.1, p. 55-65, 1994.

FANTINI, P.F Aplicação de extratos de folhas e de tubérculos de *Cyperus rotundus* L. (Cyperaceae) e de auxinas sintéticas na estaquia caular de *Duranta repens* L. (Verbenaceae). Curitiba 2008.

RICCI, M. S. F. ALMEIDA, D. L.; FERNANDES, M. C. A.; RIBEIRO, R. L. D.; CANTANHEIDE, M. C. S. Efeitos da solarização do solo na densidade populacional da tiririca e na produtividade de hortaliças sob manejo orgânico. Pesquisa Agropecuária Brasileira, Brasília, v. 35, n.11, p. 2175-2179, 2000.

SILVA, O.G.H. SILVA, B.M. PERES, L.R. Padronização da obtenção do extrato bruto de *Cyperus rotundus*. Laboratório de Química da UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce, Campus Universitário II, Governador Valadares, CEP35020-220 MG, Brasil.

SIMÕES, O. M. C.; SCHENKEL, R. P.; GOSMANN, G.; MELLO, P. C. J.; MENTZ, A. L.; PETROVICK, P. R. Farmacognosia da planta medicamento. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1999.

SINGH, N. KULSHRESTHA, C. K.; GUPTA, M. B.; BHARGAVA, K. P. A pharmacological study of *Cyperus rotundus*. Indian Journal Medical Research, India, v. 58, n. 1, p-103-109, 1970.

SOUMAYA, K. ABDELWAHED, A.; AMMAR, R. B.; HAYDER, N. Chemical composition, antibacterial and antimutagenic activities of essential oil from (Tunisian) *Cyperus rotundus*. Journal of Essential Oil Research, Chicago, v. 20, n. 3, p. 478- 484, 2005.

UMERIE, S. C.; EZEUZO, H. O. Physicochemical characterization and utilization of *Cyperus rotundus* starch. Bioresource Technology, Essex, v. 72, n. 2, p. 193-196, 2000.

TABELAS

Tabela 1. Metabólitos Secundários identificados em extrato de *Cyperus rotundus*

METABÓLITOS SECUNDÁRIOS	PRESENTE	AUSENTE
Flavonoides	+	
Taninos	+	
Alcaloides	+	
Saponinas	+	
Triterpenos	+	
Esterois	+	
Leucoantocianidinas		+

FIGURAS

Figura 1. Leucoantonicidinas



Figura 2. Esterois

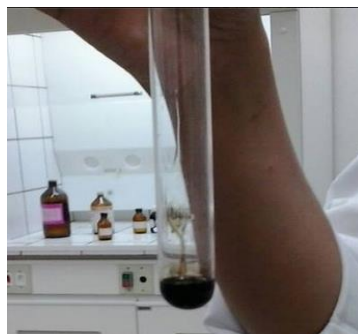


Figura 3. Tanino



Figura 4. Alcaloides



Figura 5. Flavonoides

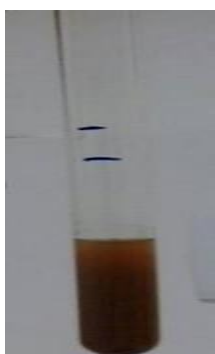


Figura 6. Saponinas



PERFIL FARMACOLÓGICO DAS DEMANDAS JUDICIAIS IMPETRADAS CONTRA O MUNICÍPIO DE SALVADOR, NO PERÍODO DE 2014 A 2015

Vanessa Brito de Jesus & Ana Paula Castro Ferreira²

¹Bacharel em Farmácia pela Faculdade de Tecnologia e Ciências, Salvador-Bahia

²Docente da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Salvador-Bahia

*E-mail: paulacastro2014@gmail.com

Abstract. After the promulgation of the Federal Constitution of 1988, which raised the right to health to the level of fundamental right, actions began to appear in the courts for the supply of medicines. The "Health Judicialization", a multifaceted phenomenon, exposes limits and institutional possibilities and instigates the production of effective responses by the public agents of the health sector and the justice system. Despite the scenario of health advances in the last two decades, serious problems have continued to surround public health. In the absence of clearer options for accessing health services and products, SUS users have sought assistance from the Justice System - seen as a body composed of the Judiciary, Public Defender, Public Ministry and liberal advocacy. Therefore, the objective of this work was to analyze the pharmacological profile of the lawsuits filed against the city of Salvador / Bahia, opening a reflection on the interpretation of the right to health and its consequences, demonstrating the interference of this process in the principles of the Single System Of Health (SUS). The present work had been approved (number 1.819.810) by the Committee of Ethics in Research of the Catholic University of Salvador.

Keywords: Judicial Actions. Provision of Medicines. Budgetary impact. SUS.

Resumo. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que elevou o direito à saúde ao patamar de direito fundamental, começaram a surgir nos tribunais ações para o fornecimento de medicamentos. A "Judicialização da saúde", fenômeno multifacetado, expõe limites e possibilidades institucionais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos do setor da saúde e do sistema de justiça. Apesar do cenário de avanços na saúde nas últimas duas décadas, sérios problemas continuaram a circundar a saúde pública. Na ausência de opções mais claras para acessar serviços e produtos de saúde, os usuários do SUS têm buscado assistência no Sistema de Justiça – visto como o conjunto integrado pelo Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e a advocacia liberal. Sendo assim, o objetivo deste trabalho consistiu em analisar o perfil farmacológico das demandas judiciais impetradas contra o município de Salvador/ Bahia, abrindo uma reflexão sobre a interpretação do direito à saúde e as suas consequências, demonstrando a interferência deste processo nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho foi aprovado através do parecer 1.819.810, no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Salvador.

Palavras-chave: Ações judiciais. Fornecimento de medicamentos. Impacto orçamentário. SUS.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde constitui-se em elemento fundamental do estado em bem-estar social, uma vez que cabe ao Estado prover as necessidades essenciais mínimas para a sobrevivência do cidadão (SILVA,2011).

As políticas e as ações públicas de Assistência Farmacêutica avançaram ao longo dos anos no Brasil, porém ainda existem grandes desafios. Ressaltam-se as dificuldades de garantir o acesso à população aos medicamentos essenciais, o que pode implicar prejuízo à assistência integral à saúde (PEPE et al., 2010).

Na Constituição federal de 1988, a saúde é reconhecida, no seu art. 6, como um direito social, portanto um direito humano fundamental diretamente relacionado com a proteção da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988; AITH 2007). Com a Constituição em vigor, o cidadão brasileiro obteve reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental, derivado do direito à vida (BARATA, 2006).

O Sistema Único de Saúde foi fruto da Constituição de 1988, que assegura o pleno exercício do direito social à saúde, sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei 8.080, de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), e Lei 8.142/90, de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

A lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privadas. Já a lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das conferências e conselhos de saúde. Trata, também, da alocação de recursos do fundo nacional de saúde, bem como das definições para as transferências intergovernamentais (BRASIL,1990).

No SUS, o sentido da integralidade significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado, como: atendimento médico, exames, internação, tratamento entre outros. Implica dispor tipos diferentes desses meios segundo o grau de complexidade de atenção à saúde, ou seja, exames para a atenção básica, para a média e alta complexidade; da mesma forma os medicamentos: uso ambulatorial e na atenção hospitalar (VIEIRA, 2008).

A Assistência Farmacêutica (AF), como parte integrante do direito social à saúde, também é instituída de acordo aos artigos 6 e 7 da Lei Orgânica da Saúde (8.080) de 1990. Esta inclusão da Assistência Farmacêutica como política pública é fundamental para que o direito à saúde se realize. (BRASIL,1988; PEREIRA 2012).

O Direito a Assistência Farmacêutica, inclusive a Terapêutica, foi previsto, mas não regulamentado e, somente em 1998, foi publicado o documento da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Foram colocados como propósitos dessa política a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, e o acesso à população daqueles considerados essenciais. A PNM estabeleceu algumas diretrizes, dentre as quais podemos citar: a adoção da relação de medicamentos essenciais, a promoção do seu uso racional, e a reorientação da assistência farmacêutica (BRASÍLIA, 2000).

No âmbito do SUS, as ações relacionadas à AF foram oficializadas pela resolução nº 338/04, que fundamentou seus princípios norteadores e eixos estratégicos de atuação, enfatizando não apenas a ampliação do acesso, mas principalmente a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) e insumos para a saúde. Esta sistematização da política da AF também teve como objetivo melhorar o seu processo de descentralização, reorganizando-a em três componentes: básico, especializado e estratégico. O componente básico determina o custeio e o fornecimento de medicamentos e insumos essenciais, direcionados ao atendimento de agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. O componente especializado é considerado um plano de garantia aos medicamentos excepcionais, definidos a partir de critérios de diagnóstico, indicação, tratamento e outros parâmetros constantes nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. O componente estratégico incorpora os medicamentos utilizados para o tratamento de agravos específicos, observados em programas coordenados pelo Ministério da Saúde, de caráter transmissível e/ou de alto impacto na saúde da população, como o programa DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e outras endemias focais (BARRETO et al., 2013).

Dentre as formas de promover o uso racional de medicamentos, destacam-se a implantação e a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME (BRASIL,2010). A RENAME deve atender às necessidades de saúde da população e deve ser um instrumento para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Deve ainda, orientar as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica, em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso da população àqueles considerados essenciais. O conceito de medicamentos essenciais é um dos elementos chave da PNM, pois, ao ser aplicado nos diferentes níveis do sistema de saúde, promove a equidade e ajuda a definir prioridades para a atenção (BRASIL, 1998; BERMUDEZ; OLIVEIRA e LUIZA, 2008).

Como a gestão do SUS é partilhada entre as três esferas de governo, dada as dimensões do Brasil e as diferenças regionais do perfil de morbimortalidade, há orientação para que cada

governo estadual e municipal selecione medicamentos para a sua lista regional, a partir da relação nacional (MS,1999).

O medicamento é um insumo essencial em saúde, pois além de sua importância na área econômica da saúde, funciona como instrumento fundamental para o aumento da efetividade das ações de enfrentamento dos problemas de saúde da população (COSENDEY et al., 2000).

O acesso aos medicamentos é considerado um marco dos sistemas de saúde universal e integra os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos Estados-membros das Nações Unidas no ano 2000 (BERMUDEZ, OLIVEIRA e LUIZA, 2008). Apesar dos avanços do Sistema desde sua criação, a Estado ainda falha em garantir o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais. Diante disso, um fenômeno está desestruturando a política de medicamentos neste aspecto, comprometendo os orçamentos para a aquisição de medicamentos. Tornou-se frequente a reivindicação por parte do cidadão, via sistema judiciário, da aquisição de medicamentos que não constam nas relações de medicamentos essenciais (MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2005).

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação” (BRASIL, 2005). Diante desse quadro, com a atuação do Ministério Público e a conscientização do cidadão, o direito à saúde passou a ser frequentemente questionado perante o poder judiciário. E este passou a entender que o direito à saúde está ligado ao direito a vida e portanto deve ser garantido pelo poder público sem entraves (SANTOS, 2006).

Apesar do cenário de avanços na saúde nas últimas duas décadas, sérios problemas continuaram a circundar a saúde pública. Na ausência de opções mais claras para acessar serviços e produtos de saúde, os usuários do SUS têm buscado assistência no Sistema de Justiça – visto como o conjunto integrado pelo Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e a advocacia liberal (CONASS, 2015). O surgimento da Defensoria Pública como fator importante no novo e crescente fenômeno da Judicialização da Saúde permitiu que a inclusão gerada pela intervenção judicial beneficia-se tanto a classe média/média alta, quanto à população de baixa renda, que tem no SUS a única esperança de atendimento em saúde (CONASS, 2015).

Assim, desde a década passada, as Defensorias Públicas Estaduais, Distrital e da União se organizaram para atender à crescente demanda por serviços de saúde não obtidos junto ao

SUS. O benefício à população assistida é potencializado, pois, somado ao esforço pela garantia do Direito à Saúde individual, a Defensoria também atua pelo desenvolvimento e estruturação dos serviços de saúde. Isso porque a saúde, antes de ser direito individual subjetivo, é direito realizado coletivamente por meio da maior política pública brasileira: o Sistema Único de Saúde (CONASS, 2015).

A utilização de mecanismos diversos daqueles do SUS para viabilizar o acesso a medicamentos tem gerado prejuízos à equidade da saúde (VIEIRA, 2007). O atendimento dessas demandas é outro problema. A grande quantidade causa transtornos para as finanças públicas porque o Estado acaba sendo ineficiente, perdendo seu poder de compra. Além disso, o fornecimento de medicamentos de forma indiscriminada acaba privilegiando segmentos de doentes que têm recursos financeiros para pagar advogados, ou mais acesso à informação, em detrimento daqueles que deles tem mais necessidade (RAMOS, 2005).

Ao se fornecerem medicamentos por ordem judicial, não se avalia se aquele tratamento é o melhor em termos de relação custo/benefício, se o indivíduo realmente necessita do medicamento pleiteado, se pode ser substituído por outro disponível nos programas de assistência farmacêutica do SUS e, ainda, se está sendo infringida alguma lei ou princípio fundamental do sistema de saúde. Apenas se cumpre a ordem demandada pelo juiz (MACEDO et al., 2011). O atendimento dessas demandas judiciais determinando o fornecimento causa distorções, pois sua concessão não está veiculada à reserva orçamentária, prevista quando da formulação das políticas e do planejamento de programas (NOGUEIRA, 2004).

Com base na ascensão deste processo de judicialização, os entes federativos: União, Estado e Município vem sendo alvo de decisões judiciais de maneira cada vez mais frequente, o que acarreta na oneração de cofres públicos e comprometimento do ciclo da Assistência Farmacêutica. O objetivo geral desta pesquisa consistiu em investigar o perfil farmacológico das demandas de medicamentos através dos processos judiciais, na Secretaria Municipal da Saúde de Salvador/BA, identificando o quantitativo das instituições impetrantes e os medicamentos solicitados, observando se os mesmos estão selecionados pela lista de padronização do SUS. A coleta dos dados analisados foi realizada no setor da Assistência Farmacêutica, sendo analisados os processos judiciais requerendo medicamentos dos anos de 2014 e 2015.

MATERIAL & MÉTODOS

A pesquisa em questão, foi realizada a partir de dados secundários, tais como: ações judiciais, planilhas e alguns prontuários anexados aos processos analisados. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa, onde a coleta utilizou dados disponibilizados pela Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, sendo analisados os processos judiciais requerendo medicamentos dos anos de 2014 e 2015.

Para busca de artigos utilizados para referências teóricas, foi utilizado como fonte de pesquisa SCIELO, MEDLINE, PUBMED dentre outros, com palavras-chave no idioma português, tais como: Ações judiciais; Fornecimento de medicamentos; Impacto orçamentário; SUS; Judicialização da saúde. A partir da combinação dessas palavras foram encontrados publicações, artigos, teses e dissertações. Para fundamentação da coleta de dados foram analisados todos os processos impetrados entre os anos de 2014 e 2015, além de planilhas elaboradas no Microsoft Office Excel 2007, com informações relevantes preenchidas por Farmacêuticos do setor.

Foram incluídos os estudos que tiveram relação direta com a pesquisa em questão e seus resultados apresentaram delineamento para o desenvolvimento da pesquisa em consonância ao objeto de estudo definido.

Foram considerados os seguintes dados, para contagem desse universo:

- Dados fornecidos pela SMS de Salvador no período de 2014 – 2015;
- Processos apenas iniciados no ano de 2014 e 2015 finalizados com decisão proferida pelo Juiz;

Para a construção das referências teóricas foram considerados:

- Análise das leis vigentes no Brasil, artigos, teses e dissertações referentes ao acesso de medicamento através de demanda judicial;

Foram excluídos das referências desse levantamento preliminar:

- Todos os resumos de artigos, teses e dissertações, que não estivessem no idioma português, evitando-se falhas nas traduções dos mesmos;
- Qualquer material que não estivesse relacionado ao tema do estudo ou que não estivesse acessível em fonte de dados fidedigna ou duvidosa, a fim de se evitar problemas na avaliação e discussão dos dados, por informações não verídicas ou errôneas.

Com relação aos dados foram excluídos do universo pesquisado:

- Processos iniciados no ano de 2013 que só obtiveram decisão de cumprimento em 2014.

- Ações do medicamento Ranibizumab (Lucentis), pois as ações referentes ao mesmo são acompanhadas por outro setor da mesma secretaria.

Para a construção das referências teóricas para a introdução e a parte discursiva houve seleção dos materiais escolhidos objetivando a construção do projeto, realizou-se, primeiramente, uma leitura de 30 publicações, com a finalidade de refinar a amostra por meio dos critérios de inclusão e exclusão, buscando a relação direta com o objeto de estudo, estando coerente à questão norteadora e aos objetivos do mesmo. Assim, a amostra final desta pesquisa foi constituída a partir de 16 artigos, além de leis vigentes no Brasil, dentre elas Portarias e Decretos.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Salvador, parecer 1.819.810.

RESULTADOS & DISCUSSÃO

O aumento crescente das demandas judiciais por acesso aos serviços de saúde tem sido realidade em todo o Brasil, muitas vezes sem levar em consideração a organização administrativa e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essas demandas judiciais vêm acompanhando a mudança de comportamento do cidadão, sua maior mobilização, acesso à informação e capacidade de entendimento dos seus direitos (SANTOS et al., 2006).

Durante o levantamento foi constatado um quantitativo de 232 processos impetrados contra o município de Salvador durante o período de 2014 – 2015, destes foram excluídos 12 processos da injeção intravítrea do medicamento Lucentis (princípio ativo: Ranibizumab), finalizando com 220 ações para universo de estudo, sendo solicitados um quantitativo de 312 medicamentos. Grande parte das ações foram geradas através de pacientes munícipes da cidade, sendo que muitos destes são carentes de proteção social e encontram possíveis dificuldades no acesso ao tratamento nas redes públicas, garantindo assim através da Judicialização da Saúde o direito ao medicamento requerido. De acordo ao quadro 1: 53 (24,09%) processos impetrados contra o município partiram de advogados particulares, enquanto que 1 (0,45%) foi oriundo do Centro de apoio aos Militares, 128 (58,18%) da Defensoria Pública da União na Bahia, 17 (7,72%) da Defensoria Pública Estadual, 9 (4,09%) de Juizados Especiais, 1 (0,45%) do Núcleo de Prática Jurídica da UCSAL, 5 (2,27%) do Ministério Público e 6 (2,72%) destes processos não tiveram a origem da petição informada.

Em estudo realizado por Cabral e Rezende (2015), foram identificadas na esfera municipal de São João de Boa Vista, no estado São Paulo, 96 ações solicitando medicamentos.

Das 78 ações em andamento, sete não foram encontradas no respectivo órgão municipal e duas foram excluídas por não se encaixarem, nos critérios de inclusão da pesquisa, o que resultou 69 ações em andamento. Desta forma o universo da pesquisa utilizado foi de 87 ações, nas quais a natureza do autor foi particular, ou seja, nenhuma delas foi ingressada por associação de pacientes ou pelo Ministério Público.

O perfil farmacológico com maior número de solicitações entre os entes federativos são os antineoplásicos, os quais possuem um maior custo e tem restrições quanto a compra e utilização, se tornando impossível aquisição deste por parte do paciente. Seguido deles, podemos observar solicitações de: análogos da somatostatina, analgésico e antipsicótico, os quais tem alternativas terapêuticas a serem disponibilizados no SUS através dos componentes: básico, especializado e estratégico da Assistência Farmacêutica. Além destes, existem também grande número de solicitações para medicamentos inibidores da bomba de prótons e anti-inflamatórios não esteroides (AINES) presentes na atenção básica, os quais são de responsabilidade municipal o devido fornecimento, através das unidades de saúde, pode ser constatado ainda a solicitação de imunossupressor o qual é disponibilizado através do componente especializado da Assistência Farmacêutica (ver Quadro 2). Foi possível constatar através da Figura 1, que esses medicamentos totalizam cerca de 25% (77) do total, enquanto que os outros 75% (235) correspondem a outros medicamentos solicitados através dos processos judiciais.

Chieffi e Barata (2009), em seu estudo realizado no estado de São Paulo, relataram que em relação a classificação terapêutica os medicamentos mais solicitados dentro do universo pesquisado também foram os antineoplásicos e agentes imunomoduladores, seguidos de outros fármacos que atuam no sistema digestivo, metabolismo e ainda no sistema cardiovascular.

As dificuldades da população parecem evidenciar-se tanto no acesso aos medicamentos de atenção básica, quanto no desconhecimento sobre o papel de cada instância de gestão no processo, levando-a a manifestar mais intensamente seu poder de reivindicação. (MESSEDER; CASTRO; LUIZA, 2005).

Dentre os medicamentos solicitados, 41 (13,14%) foram fornecidos através do componente Básico da Assistência Farmacêutica; 42 medicamentos pelo componente Especializado (13,46%); 2 (0,64%) fizeram parte do componente estratégico; e ainda 64 (20,51%) não foram ofertados pelo SUS, possuindo possíveis opções terapêuticas para os mesmos, os quais podem ser disponibilizados gratuitamente, através dos componentes da Assistência Farmacêutica, deste grupo foi possível a identificação dos 10 medicamentos (3,2%)

mais frequentemente solicitados nas demandas judiciais impetradas contra o município (Figura 1).

Machado et al., (2010) destaca em seu estudo realizado na Secretaria Estadual de Saúde em Minas Gerais, que entre os medicamentos solicitados não disponibilizados através de programas do referido local de estudo, possuíam alternativa terapêutica na rede pública, valor próximo ao encontrado em pesquisa na cidade de São Paulo realizada por Vieira e Zucchi (2007), em que 73% possuíam substitutos na relação municipal de medicamentos essenciais e em programas do SUS. O que não se permite afirmar que todos os pacientes seriam beneficiados com as alternativas disponíveis no SUS. Sendo necessária avaliar cada caso com base na história clínica do paciente e em sua experiência com medicamentos. Entretanto, a disponibilidade de alternativas terapêuticas mostra que a gestão do SUS não é omissa na efetivação do acesso a medicamentos, cujas políticas públicas são abrangentes a várias áreas de saúde (MACHADO et al., 2010).

O processo de judicialização da saúde encontra-se cada vez mais frequente e em ascensão nos Estados e Municípios, prejudicando o planejamento das SMS e todo o ciclo da Assistência Farmacêutica. Na área social, o judicial tem priorizado o atendimento de uma parcela reduzida da população em detrimento da população global (SILVA, 2005).

Perante esta situação Município, Estado, União e outros réus citados, tem a obrigação de cumprimento para salvaguardar o direito a saúde por parte do paciente. No período estudado foram localizados cerca de 70 processos(31,81%), que foram cumpridos pela esfera municipal, enquanto que 111 processos (50,45%) foram cumpridos pelo Estado ou União, e 1 processo (0,46%) sendo cumprido pelo Plano de Saúde dos Servidores (PLANSERV); destes ainda temos, cerca de 10 processos (4,54%) sem decisão para cumprimento aguardando novo parecer Jurídico; 7 processos (3,19%) nos quais o Município foi extinto da decisão judicial; E cerca de 20processos (9,09%) com tutela antecipada indeferida pelos Juízes (Figura 2).

No município de Boa Vista, estado de São Paulo, segundo Cabral e Rezende (2015), a gratuidade da justiça foi concedida em 82 ações representando 94,25% sendo que somente uma ação não houve concessão e em quatro ações não foi possível encontrar a informação.

O cumprimento desses processos judiciais é causa de gastos elevados em desacordo com o orçamento preestabelecido, o que compromete a gestão da assistência farmacêutica. Em 2005, o Governo Federal gastou R\$ 2,5 milhões com a aquisição de medicamentos solicitados por via judicial, sendo citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de 2.979 ações. Em 2008, de janeiro a julho, foram gastos

R\$ 48 milhões para atendimento a 783 ações. Este ponto histórico mostra tendência sugestiva de crescimento dos gastos com medicamentos obtidos por via judicial nos anos subsequentes (KARNIKOWSKI et. al, 2012).

O panorama atual é de aumento significativo das demandas judiciais em diferentes regiões do país, o que tem sido motivo de preocupação e intenso debate entre os gestores de saúde, especialmente pelo fato de que as decisões são predominantemente favoráveis ao autor da ação e porque representam inegável impacto sobre a estruturação dos serviços no SUS e sobre os gastos públicos (SILVA,2011).

Analisando economicamente o processo de judicialização, constata-se a ausência de critérios para a otimização de recurso destinadas à aquisição de medicamentos para a população, desestrutura cada vez mais a Política Nacional de Medicamentos e compromete os orçamentos para aquisição deste no âmbito do SUS (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Realizou-se uma média financeira do que foi gasto com aquisição, para cumprimento com ações de medicamentos no município de Salvador. Neste âmbito podemos destacar que: no ano de 2014 os gastos foram em média de R\$ 409.950,72, enquanto em 2015 foram de R\$ 230.004,24, devido a aquisições de alto custo de medicamentos antineoplásicos, dentre outros, sendo levados em consideração apenas os medicamentos solicitados no respectivo ano da solicitação não levando em conta a continuidade do tratamento no ano seguinte (Figura 3).

Atualmente Salvador conta com uma Câmara de Conciliação, inaugurada no dia 25 de novembro de 2016 no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) no Shopping Bela Vista, onde conta com uma equipe multidisciplinar (Farmacêutico, Médico, Enfermeiro, Psicólogo) que tem como finalidade o atendimento a cidadãos que solicitem serviços na área da saúde, evitando, desta maneira, a Judicialização da demanda. Esse projeto é resultado de ação do comitê interinstitucional formado por representantes de órgãos como Procuradoria Geral do Estado (PGE), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Tribunal de Justiça da Bahia (TJBA), Ministério Público do Estado da Bahia (MPE-BA), Defensoria Pública do Estado, Defensoria Pública da União, Tribunal Regional Federal (TRF) da 1ª Região, Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Saúde.

CONCLUSÃO

Com base na ascensão deste processo, os entes federativos vêm sendo alvos de decisões judiciais de uma maneira cada vez mais frequente, o que vem prejudicando cada vez mais os

cofres públicos, comprometendo ainda o ciclo da Assistência Farmacêutica e ainda ferindo princípios do SUS. O direito a saúde deve ser garantido de forma integral e universal, com a equidade necessária e com o devido equilíbrio entre os entes federativos e o judiciário.

A partir desse estudo, se vê a necessidade das constantes revisões nas políticas públicas para fornecimento de medicamentos, atualização de protocolos e diretrizes terapêuticas incluindo apenas aqueles que realmente tenham eficácia comprovada em detrimento aos já existentes, e, também, a inclusão das novas tecnologias quando necessário.

Por fim, é necessário reconhecer o direito e a garantia do acesso a medicamentos sendo utilizados de maneira segura pelo paciente com constante acompanhamento médico e farmacêutico. Sendo sugerido assim, uma maior comunicação entre esses profissionais e o judiciário, sendo fundamental a presença do farmacêutico, o qual dispõe de conhecimento técnico-científico, estando inserido nesse processo como profissional especializado capaz apresentando de maneira correta alternativas para o tratamento, evitando erros e possível judicialização da questão.

REFERÊNCIAS

ANVISA – AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA – Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registonovos.htm>>. Acessado em 10 de janeiro de 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil; promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html. Acessado em 09 de junho de 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acessado em 09 de junho de 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep_comp.html. Acessado em 15 de maio de 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acessado em 15 de maio de 2016.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acessado em 10 de março de 2016.

BOING, A.C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.4, abril 2013.

BORGES, D. C. L.; UGA, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005, *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1,p. 59-69, jan, 2010.

CABRAL, I.; REZENDE, L. F. Análise das ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista, R. Dir. Sanit, v. 16, n.1, p. 59-77, São Paulo, Junho, 2015.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da Política Pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.8, agosto, 2009.

KARNIKOWSKI, M; SILVA, K; SALGADO, F; NOVAES, M.R. Aspectos farmacoeconômicos das ações judiciais impetradas à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Brasília Med*; 49(3), p.170-179, fev,2012.

MACHADO, M. A. A.; ACURCIO, F. A.; BRANDÃO, C. M. R.; FALEIROS, D. R.; JUNIOR, A. A. G.; CHERCHIGLIA, M. L.; ANDRADE, E. I. G. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil, *Revista Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MESSEDER, A. M.; CASTRO, C. G. S. O.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, *Caderno saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar-abr, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 01-606, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil, *Revista de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da Assistência Farmacêutica, *Ciência & saúde coletiva*, v.15, n.5, 2010.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamento pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012.

SANT'ANA, J. M. B.; Pepe V. L. E.; Osorio-de-Castro C. G. S.; Ventura M. Essencialidade e Assistência Farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *RevPanamSalud Publica*, v. 29, n. 2, p. 138-44, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR. Instrução Normativa Nº 002/2015, de 10 de julho de 2015. Torna pública a “Relação Municipal de Medicamentos Essenciais”(REMUME) da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e dá outras providências relacionadas à Assistência Farmacêutica Municipal. *Diário Oficial do Município*, Salvador, BA, 16 jul 2015. P. 10-24.

SILVA, C.; OLIVO L.; Perfil das ações judiciais de medicamentos atendidas até 2011 no município de Palhoça- Santa Catarina, Brasil, *Coleção Gestão da Saúde Pública*, v.1, p. 190-205, 2012.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n. 6, 2009.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil, *Revista Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

VIEIRA, F. S. Ações Judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS, *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008.

PONTAROLLI, D. R. S.; MORETONI, C. B.; ROSSIGNOLI, P. A organização da Assistência Farmacêutica no sistema único de saúde, CONASS para entender a gestão do SUS – 2015 – 1ª Edição. Disponível em: <http://www.conass.org.br>, acessado em 10 de janeiro de 2017.

TABELAS

Quadro 1. Origem da condução inicial dos processos impetrados contra o Município de Salvador entre 2014 e 2015.

ORIGEM DA CONDUÇÃO DO PROCESSO	NÚMERO DE PROCESSOS
Advogados particulares	53
Centro de apoio Jurídico aos policiais militares associados-AJUPM Nordeste	1
Defensoria Pública da União na Bahia	128
Defensoria Pública do Estado da Bahia	17
Juizados especiais	9
NPJ- Núcleo de Prática Jurídica- Universidade Católica do Salvador- UCSAL- Faculdade de Direito	1
Ministério Público do Estado da Bahia	5
Origem da petição não informada	6
TOTAL	220

Fonte: Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, 2016.

Quadro 2. Os dez medicamentos mais solicitados através de processos judiciais. Para atendimento do componente especializado e estratégico, o paciente deve se encontrar incluso nos parâmetros determinados através dos protocolos estabelecidos

MEDICAMENTO	QUANTIDADE DE SOLICITAÇÕES	CLASSE FARMACOLÓGICA	COMPONENTE	PCDT	TEM OPÇÃO TERAPÊUTICA NOS COMPONENTES?	OPÇÃO TERAPÊUTICA	REGISTRO NA ANVISA
Temozolamida 5mg, 20mg, 100mg e 250mg (Temodal)	15	Antineoplásico	Não Incorporado ao SUS	NÃO	NÃO		SIM
Abiraterona 250mg (Zytiga)	14	Antineoplásico	Não Incorporado ao SUS	NÃO	NÃO		SIM
Sorafenibe 200mg (Nexavar)	14	Antineoplásico	Não Incorporado ao SUS	NÃO	NÃO		SIM
Bortezomib 3,5mg	9	Antineoplásico	Não Incorporado ao SUS	NÃO	NÃO		SIM
Micofenolato de Mofetila 500mg	6	Imunossupressor	Especializado	NÃO	SIM	Azatioprina; Ciclosporina; Metotrexato; Talidomida; Hidroxicloroquina.	SIM
Omeprazol 20mg	5	Bloqueador da bomba de prótons	Básico	SIM	NÃO SE APLICA		SIM
Pregabalina 150mg	5	Analgésico Ansiolítico Anticonvulsivante	Não Incorporado ao SUS	NÃO	SIM	fenitoína; carbamazepina; ácido valproílico; gabapentina.	SIM
Acetato de octreotida 20mg (Sandostatin LAR)	3	Análogo da somatostatina	Especializado	SIM	NÃO SE APLICA		SIM
Ácido acetilsalicílico 100mg	3	AINES; Antiplaquetário	Básico	SIM	NÃO SE APLICA		SIM
Aripiprazol 15mg	3	Antipsicótico	Não Incorporado ao SUS	NÃO	SIM	Risperidona; Olanzapina; Clozapina; Quetiapina.	SIM

Fonte: Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, 2016.

Quadro 3. Relação dos medicamentos com opções terapêuticas disponíveis no Sistema Unico de Saúde.

MEDICAMENTO	CLASSE FARMACOLÓGICA	INDICAÇÃO TERAPEUTICA	COMPONENTE	TEM OPÇÃO TERAPÊUTICA NOS COMPONENTES?	OPÇÃO TERAPÊUTICA
Pregabalina 150mg	Analgésico Ansiolítico Anticonvulsivante	Dor Neuropática; Epilepsia; Fibromialgia; Transtorno da Ansiedade Generalizada	Não Incorporado ao SUS	SIM	fenitoína; carbamazepina; ácido valpróico; gabapentina.
Aripiprazol 15mg	Antipsicótico	Esquizofrenia	Não Incorporado ao SUS	SIM	Risperidona; Olanzapina; Clozapina; Quetiapina.
Etexilato de dabigatrana 110mg	Antitrombótico	Prevenção da trombose	Não Incorporado ao SUS	SIM	Varfarina
Insulina glargina	Hipoglicemiante	Tratamento da Diabetes	Especializado (Programa Estadual para fornecimento de análogos de Insulina)	SIM	glibenclamida, metformina, gliclazida e as insulinas NPH e Regular,
Brometo de tiotrópio 2,5mcg spray (Spriva respimat)	Broncodilatador	DPOC; Bronquite crônica; Enfisema	Não Incorporado ao SUS	SIM	Fenoterol; Sambutamol; Formoterol; Salmeterol.
Enoxaparina sódica 20mg e 60mg	Antitrombótico	Prevenção de Trombose	Município fornece em caráter excepcional	SIM	Heparina
Xinafoato de salmeterol 50mcg+ propionato de fluticasona 250mcg (Seretide Diskus)	Broncodilatador Corticoíde	Asma; DPOC; Bronquite; Enfisema	Não Incorporado ao SUS	SIM	Dipropionato de beclometasona; Fosfato sódico de prednisolona; Prednisona; Hidrocortisona; Sulfato de salbutamol.
Cloridrato de Duloxetina 30mg	Antidepressivo	Transtorno depressivo maior; Dor neuropática periférica diabética; Fibromialgia (FM) em pacientes com ou sem transtorno depressivo maior (TDM); Estados de dor crônica; Transtorno de ansiedade generalizada.	Não Incorporado ao SUS	SIM	Cloridrato de Fluoxetina; Cloridrato de Amitriptilina; Cloridrato de Nortriptilina; Cloridrato de Clomipramina.
Insulina aspart	Hipoglicemiante	Tratamento da Diabetes	Especializado (Programa Estadual para fornecimento de análogos de Insulina)	SIM	glibenclamida, metformina, gliclazida e as insulinas NPH e Regular,
Levetiracetam 500mg	Antiepiléptico	Crises convulsivas parciais, com ou sem generalização secundária.	Não Incorporado ao SUS	SIM	Fenitoína; Carbamazepina; Clobazam; Fenobarbital; Acido valpróico; Primidona; Lamotrigina; Gabapentina; Topiramato.

Fonte: Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, 2016.

FIGURAS

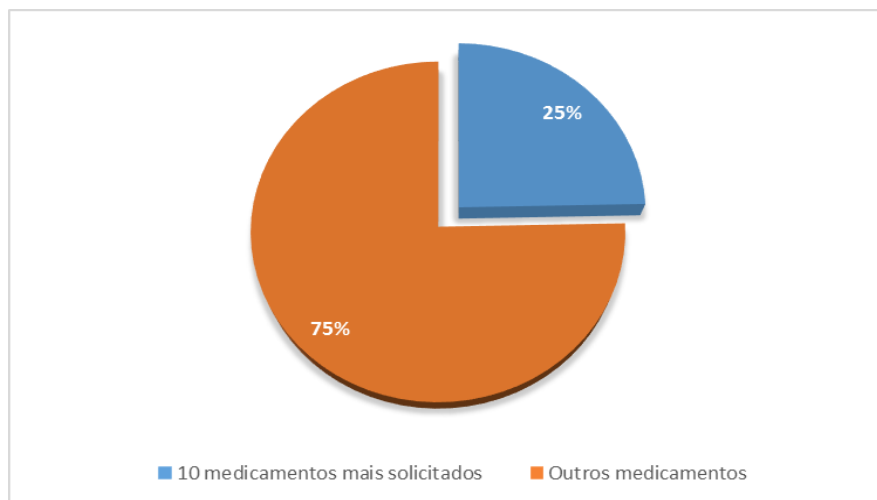


Figura 1. Representação do quantitativo de medicamentos mais solicitados em processos judiciais.

Fonte: Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, 2016.

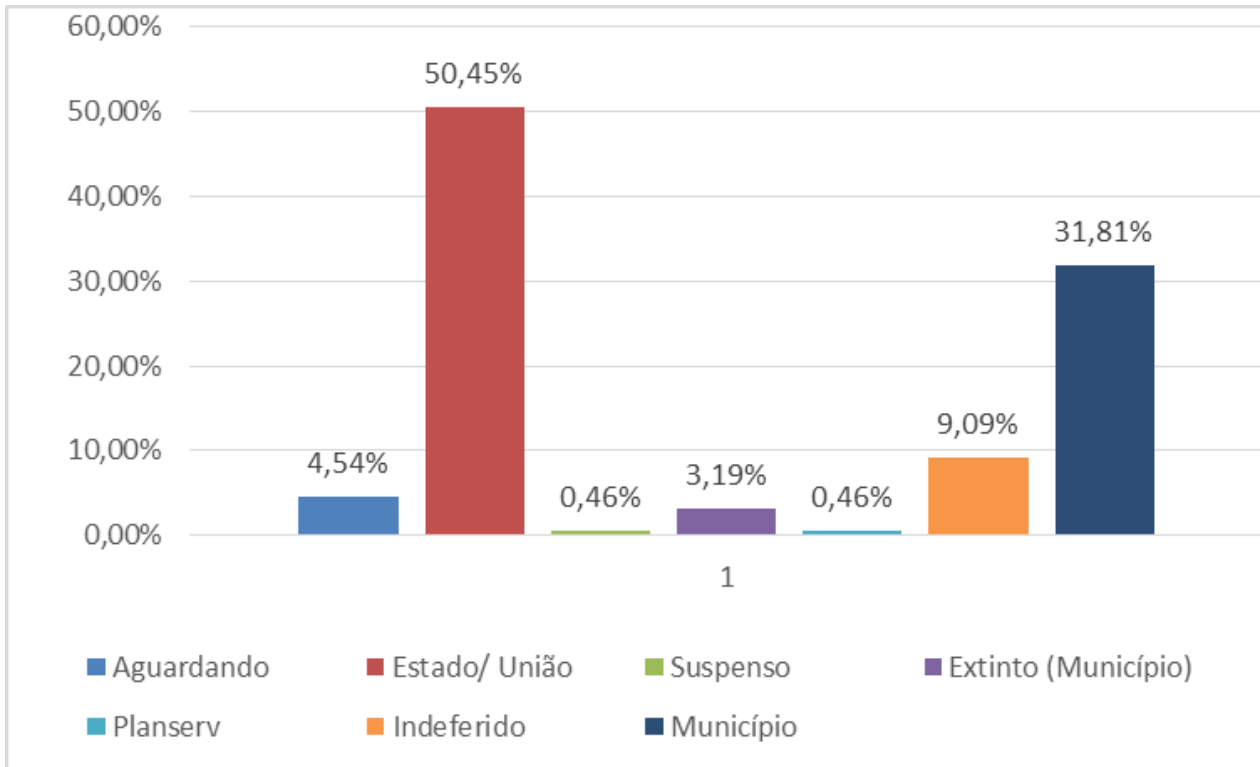


Figura 2. Percentual de ações que são atendidas pelos réus em questão

Fonte: Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, 2016.

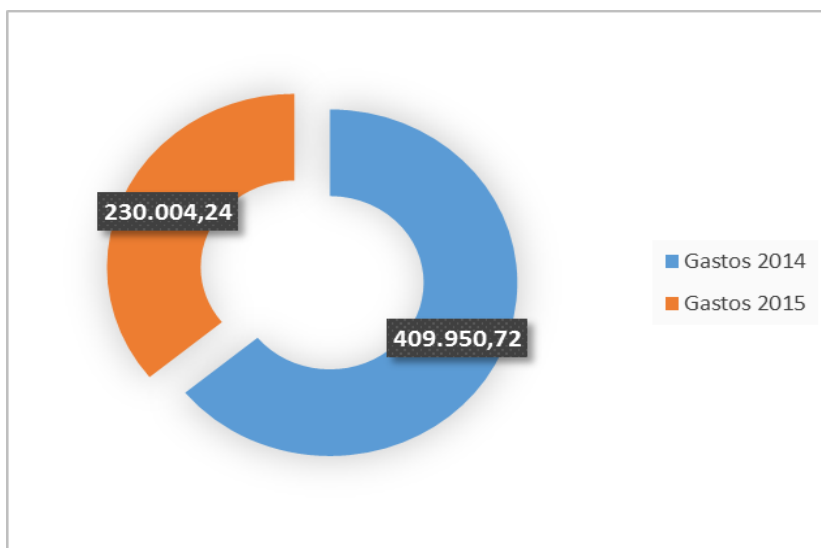


Figura 3. Valoração dos gastos com demandas judiciais em 2014 e 2015

Fonte: Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, 2016.

LEGIBILIDADE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Tânia G. Barbosa^{1*} e Cláudio Lúcio F. Amara²

¹Doutorada do Programa de Pós-Graduação em Agronomia (Fitotecnia) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia. ¹Universidade do Sudoeste da Bahia

*E-mail: taniauesb@gmail.com

Abstract. The objective of this study was to evaluate, through a specific software, the readability of scientific articles of a renowned magazine the area of agricultural sciences. We analyzed 12 articles of 4 volumes of PAB Magazine and determined FLF values (Reading Ease Flesch) and FK (Flesch Kincaid years of schooling) with Texmeter 1.0 software. The values were submitted to the standard deviation and the mean values found used to compose the graph. Found FLF values between 58 and 73 and FK between 9 and 11 years. It is concluded in this study that the readability of the articles PAB fits the pattern found by several authors, ie average intelligibility. There must, therefore, an educational level above 9 years to understand the text.

Keywords: Reading comprehension. Readable article. Intelligibility.

Resumo. O objetivo deste trabalho foi avaliar, por meio de um software específico, a legibilidade de artigos científicos de uma revista renomada da área de ciências agrárias. Foram analisados 12 artigos de 4 volumes da Revista PAB e determinados os valores de FLF (Facilidade de Leitura Flesch) e FK (Flesch Kincaid anos de escolaridade) com o software Texmeter 1.0. Os valores foram submetidos ao desvio padrão e as médias encontradas utilizadas para compor o gráfico. Foram encontrados valores de FLF entre 58 e 73 e FK entre 9 e 11 anos. Conclui-se nesta pesquisa que a legibilidade dos artigos da PAB se adapta ao padrão encontrado por diversos autores, ou seja, média inteligibilidade. Deve haver, portanto, um grau de escolaridade acima de 9 anos para compreensão do texto.

Palavras-chave: Compreensão de texto. Artigo legível. Intelligibilidade.

INTRODUÇÃO

A legibilidade pode ser definida como “uma aptidão do texto de ser entendido” (BOURQUE, 1989). Caracteriza-se pela facilidade de compreensão ou interpretação pelo estilo de escrita (KLARE, 1963). Ainda McLaughlin, (1969) esclarece que é o grau eloquente e compreensível de assuntos percebidos por uma dada classe de pessoas. Para tanto essa enfática definição presume a interação de conhecimentos característicos entre o leitor, a prior conhecimento e motivação, e a matéria escrita, desencadeando uma leitura cursiva. Esta definição presume ao leitor saber reconhecer, os sinais que permitem sua compreensão. Como menciona Richaudeau (1978), um artigo eficaz é aquele que permite ao leitor se enriquecer de uma informação nova.

Préfontaine e Lecavalier (1990) propuseram um modelo de análise de documentos que permite considerar diferentes fatores que contribuem para a comunicação eficaz. Estes autores falam da sua inteligibilidade. Este modelo permite uma descrição microestrutural (quantidade de palavras por frase), superestrutural (organização formal do texto) e macroestrutural (semântica e coerência explícita e implícita de cartas escritas).

Préfontaine e Lecavalier (1996) enfatizam:

“Legibilidade e inteligibilidade são conceitos frequentemente confundidos. A reiteração do primeiro conferiu-lhe um estado de genérico. Para nós, a inteligibilidade excede e inclui os componentes da legibilidade, pois consideramos os aspectos macroestruturais do texto (pg. 100)”.

“A inteligibilidade de um texto pode ser definida como todas as suas características que permitem uma compreensão a mais exata possível. Elas devem ser de nível microestrutural (estrutura da língua), macroestrutural (semântica) e conceitual (pg. 99)”.

Três categorias fundamentais compõem a legibilidade, quais sejam: a frase curta, média e longa, com respectivos valores de legibilidade alta, média e baixa. A maior parte dos artigos científicos deve coincidir com a categoria da legibilidade média (CAVIQUE, 2008).

Várias fórmulas foram desenvolvidas para medir a legibilidade. Elas utilizam diferentes elementos da língua, como comprimento das palavras e das frases, a raridade incidente delas,

sua frequência de utilização, etc. As mais conhecidas fórmulas de legibilidade foram inspiradas nas de autores americanos como Lively e Pressey, 1923; Washburne e Vogel, 1926; Gray e Leary, 1935; Dale e Chall, 1948; Flesch, 1948; Gunning, 1952; Taylor, 1953; Chall, 1958; Fry, 1968 e 1977. Para utilizá-las em outras línguas é necessário fazer adaptações (BENOIT, 1986; CAVIQUE, 2008). De acordo com Sorin (1996) existe cerca de 200 fórmulas de legibilidade em uso.

Para tanto, duas métricas relevantes sobressaem. Uma, a FLF – Facilidade de Leitura Flesch ou “Flesch Reading Ease”, especifica a compreensão do texto e, a outra, FK - Flesch Kincaid Grade Level ou “Flesch Kincaid anos de escolaridade”, determina o nível de escolaridade. Essas métricas têm sido usadas para legibilidade na língua inglesa, a princípio.

A Facilidade de Leitura Flesch (FLF) classifica o texto em uma escala de 100 pontos: quanto maior o escore, mais fácil será entendê-lo. Para a maioria dos documentos-padrão, busca-se um escore de aproximadamente 60 a 70.

A fórmula do escore Flesch Reading Ease é: $FLF = 206,835 - (1,015 \times ASL) - (84,6 \times ASW)$ em que: ASL = comprimento médio da frase (o número de palavras dividido pelo número de frases) e ASW = número médio de sílabas por palavra (o número de sílabas dividido pelo número de palavras).

O Flesch Kincaid Grade Level classifica o texto segundo o nível de graduação das escolas norte-americanas. Por exemplo, um escore de 8,0 significa que um leitor da oitava série poderá entender o documento. A maioria dos documentos - padrão tem um escore de aproximadamente 7,0 a 8,0.

A fórmula do Escore Flesch-Kincaid Grade Level é: $FK = (0,39 \times ASL) + (11,8 \times ASW) - 15,59$ em que: ASL = comprimento médio da frase (o número de palavras dividido pelo número de frases) e ASW = número médio de sílabas por palavra (o número de sílabas dividido pelo número de palavras).

São quatro os níveis de legibilidade que estão relacionados com a série de estudo bem como a facilidade de leitura. Esses graus são: Os primeiros cinco anos escolares correspondem a score de 75 a 100 cuja facilidade de leitura é muito fácil, do sexto ao nono ano, 50 a 75 - fácil e do 1º ao 3º ano do segundo grau e nível superior 25 a 50 - pouco fácil (MARTINS et al, 1996). Vários trabalhos mostraram uma alta correlação entre score de legibilidade e grau de compreensão (KLARE, 1974-1975).

De acordo com Cavique (2008), os artigos científicos tratam assuntos de elevada complexidade, com um vocabulário próprio, em que a legibilidade é o foco central.

O objetivo do trabalho foi avaliar, por meio de um software específico, a legibilidade de artigos científicos de uma revista da área de ciências agrárias.

MATERIAL & MÉTODOS

Foram analisados 12 artigos de 4 volumes (43, 44, 45 e 46) da Revista PAB (Pesquisa Agropecuária Brasileira, ISSN 0100-204X, Conceito Qualis B1), disponível on-line em <http://www.embrapa.br/pab>, sendo avaliados 3 artigos por volume. Para cada artigo foram determinados os valores de FLF e o FK com auxílio do software Texmeter 1.0 (GALVÃO, 2007). Os valores foram submetidos ao desvio padrão e as médias encontradas utilizadas para compor o gráfico.

RESULTADOS & DISCUSSÃO

Foram encontrados valores de desvio padrão para as métricas de (FLF) = 8,44 e (FK) = 1,36 e médias de 65,08 e 10,25, respectivamente. Segundo Benôit (1986), quanto mais o FLF se aproximar de 100, mais fácil é a compreensão da literatura. Para os artigos acadêmicos os valores de FK ficam entre 0 e 20 (TIMBAL DUCLAUX, 1985).

A figura 1 apresenta a relação entre FLF e FK, foi verificada relação linear positiva entre a essas duas métricas, sendo o coeficiente de determinação de 99% . Elas são inversamente proporcionais. A medida que crescem os valores de FLF, decrescem os de FK, ou seja, quanto maior a complexidade do documento, maior o grau de escolaridade requerido para melhor compreensão.

Para Molina (1979) o grau de inteligibilidade de um periódico é menor quanto mais longa for a frase. Isto é consistente com a fórmula Flesh, pois quanto maior o comprimento da sentença, menor é o índice de legibilidade.

De fato, produzir frases curtas, emitir pontuação frequente, lançar mão de um vocabulário simples, é o suficiente para uma compreensão ideal (TIMBAL DUCLAUX, 1985).

Timbal Duclaux (1984) enfatiza vários fatores que contribuem para tornar a leitura difícil. Inicialmente, o nível do estilo do texto. É preciso evitar escrevê-lo com um número elevado de palavras abstratas e genitivas que se sucedem em cascatas (de...de...de...). Deve-se evitar a monotonia das estruturas, realçar as palavras chaves e portadoras de sentido.

De fato uma palavra conhecida, curta, simples e concreta se lê e compreende mais facilmente do que aquela desconhecida, longa, complexa e abstrata (BEAUDET, 2001).

CONCLUSÃO

Por meio do programa computacional utilizado foi possível medir a legibilidade de artigos científicos de um importante periódico da área de ciências agrárias, constatando que o mesmo se adapta ao padrão encontrado por diversos autores, ou seja, apresentou média legibilidade, requerendo grau de escolaridade acima de 9 anos para compreensão do texto.

REFERÊNCIAS

BENOIT, Jean Pierre. Revue critique des formule de lisibilité (60 ans de formule de lisibilité: qu'en reste-t-il?. PRATIQUES n° 52, Décembre, 1986. Disponível em http://www.pratiques-cresef.com/p052_be1.pdf

BEAUDET, C., Clarté, lisibilité, intelligibilité des textes : un état de la question et une proposition pédagogique. Recherches en rédaction professionnelle, vol. 1, n° 1, hiver 2001. Disponível em <http://grandsorganismes.gouv.qc.ca/upload/cego/editor/asset/R%C3%A9pertoire%20-%20Simplification%20des%20communications/Simplifier%20le%20contenu%20et%20la%20forme%20des%20C3%A9crits/c%C3%A9line%20beaudet.pdf>

BOURQUE, G. (1989). « Des mesures de lisibilité », BOYER, J.-Y. et M. LEBRUN, L'actualité de la recherche en lecture, ACFAS, p. 137-160

CAVIQUE, Luis. Legibilidade de Artigos Científicos: Análise de Dados da RCC. Revista de Ciências da Computação, Volume III, Ano III, 2008, n°3. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:I5sWvON2HNEJ:lead.uab.pt/OJS/index.php/RCC/article/download/23/20+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

CHALL, J. S., Readability: An appraisal of research and application, Columbus: Ohio State University Press (1958) <http://aeq.sagepub.com/content/23/3/192.refs>

DALE, E. e Chall, J. S., A formula for predicting readability, Columbus: Bureau of Educational Research, Ohio State University. (1948). <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1473169?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21105425941263>

FLESH, R., A new readability yardstick, Journal of Applied Psychology, Jun; vol. 32, n° 3 pg.221-233. (1948). <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1949-01274-001>

FRY, E. B., A readability formula that saves time, Journal of Reading, 2, 513--516, (1968). <http://www.jstor.org/discover/10.2307/40013635?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21105425941263>

GRAY, W. S., Leary, B. W., What makes a book readable, Chicago: University of Chicago Press (1935). http://archive.org/stream/whatmakesabookre028092mbp/whatmakesabookre028092mbp_djvu.txt

- GUNNING, R., The technique of clear writing, New York: McGraw-Hill, (1952).
- GALVÃO, A. Texmenter by Lazarus, 2007 Disponível em <http://www.lazarusbrasil.org>
- Klare, G. R.. The measurement of readability. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 1963. <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=344630>
- KLARE, F. R, Assessing readability. Reading Reseach Quartely. Nº1, 1974-1975, X/1 (p.62-102)
- LIVELY, B. A., Pressey, S. L., A method for measuring the “vocabulary burden” of textbooks, Educational Administration and Supervision, (1923), 9, 389-398. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/27525420?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21105425941263>
- MARTINS, T. B. F, GHIRALDELO, C. M, NUNES, M. G. V, JÚNIOR, O. N. O, Readability formules applied to textbook in Brazil Portuguese, jun. nº 28, 1996
- MCLAUGHLIN, G. H. “SMOG grading - a new readability formula,” Journal of reading vol. 22:pg. 639-646 (1969). http://ogg.osu.edu/media/documents/health_lit/WRRSMOG_Readability_Formula_G._Harry_McLaughlin__1969_.pdf
- MOLINA, Olga. A avaliação da inteligibilidade de livros didáticos de 1º e 2º graus por meio da técnica Cloze. PhD. Thesis, Instituto de Psicologia, São Paulo, 1979.
- PREFONTAINE, Cl. LECAVALIER, J., La mesure de la lisibilité et de l'intelligibilité des textes, Communication présentée à l'Association pour le développement de la mesure et de l'évaluation en éducation (ADMEE). Montréal, (1990) 25-27 octobre.
- PRÉFONTAINE, C. et J. LECAVALIER « Analyse de l'intelligibilité des textes prescriptifs », Revue québécoise de linguistique, vol. 25, nº 1 : 99-144 (1996).
- RICHAUDEAU, François, Le texte le plus efficace que je connaisse, Communication et langages, (1978) 37, p.6-26. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/colan_0336-1500_1978_num_37_1_1167
- SORIN, N.. « De la lisibilité linguistique à une lisibilité sémiotique », Revue québécoise de linguistique, vol. 25, nº 1 : 61-98 (1996).<http://nelson.cen.umontreal.ca/revue/rql/1996/v25/n1/603127ar.pdf>
- TAYLOR, W. L., Cloze procedure: A new tool for measuring readability, Journalism Quarterly, (1953), 30, 415-433.

TIMBAL –DUCLAUX, Louis, La transparence du texte : pour mesurer sa lisibilité, *Communication et langages*, (1984) 59, p.9–20.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/colan_0336-1500_1984_num_59_1_1596

TIMBAL – DUCLAUX, Louis, Textes “inlisible” et lisible, *Communication et langages*, (1985), 66, p.13–31. <http://www.rechercheisidore.fr/search/resource/?uri=10670/1.67a7qc>

WASHBURNE, C. W., Vogel, M., *Winnetka graded book list*, Chicago: American Library Association (1926)

FIGURAS

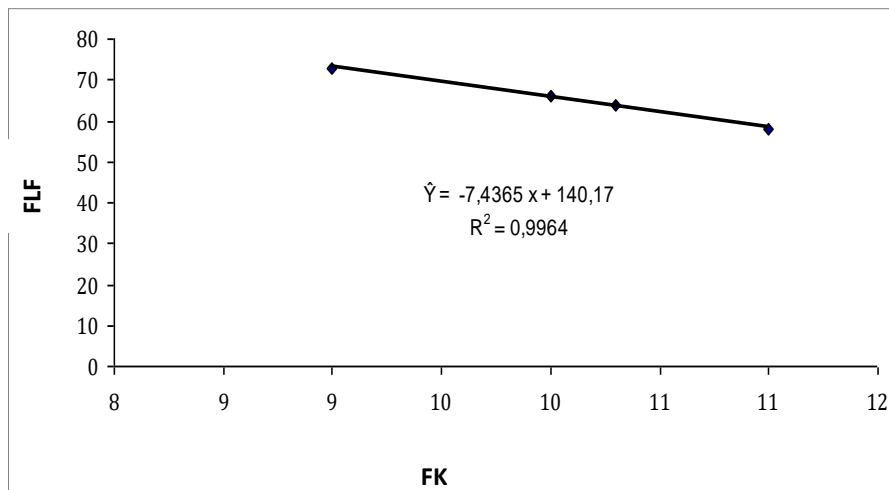


Figura 1. Métrica FK *versus* FLF para os dados da PAB.

JOVENS NEGRAS (OS) COMO ALVO PREFERENCIAL DA VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Alessandro Mercês de Queiroz¹

Ítalo Rosário de Freitas^{2*}

Kleber Leonardo Santos Silva¹

Andrea Rios Ribeiro Sampaio¹

¹Faculdade de Tecnologia e Ciência, ²Programa de Pós-Graduação em Ecologia e Gestão Ambiental da Universidade Federal da Bahia,

*E-mail: italo.rosario@gmail.com

Abstract. Violence is a public health problem, which in contemporary society has affected various companies in the world. In this opportunity, this paper brings a reflection on the dimensions of physical violence among young people, with clipping race and gender, propose to call attention to imminent need to intensify this debate, considering many / young people die every day because of this problem, and each day more banal way. Therefore, it is object of research to identify the existence of relationship between physical violence among young people and the issues of race and gender. The research population consists of: books and scientific articles in the database, electronic journal of nursing; scielo; materials prepared by the World Health Organization (WHO); Populations Fund publications of the United Nations (UNFPA).

Keywords: Physical violence. Public health. Race. Gender

Resumo. A violência é um problema de saúde pública, que na sociedade contemporânea tem afetado diversas comunidades no mundo. Neste ensejo, o presente trabalho trás uma reflexão sobre as dimensões da violência, com os jovens sendo alvo preferencial, realizando recorte de raça e gênero, e propondo chamar atenção para necessidade eminente de intensificar este debate, haja vista, muitas/os jovens morrem cotidianamente por conta deste problema, e de maneira cada dia mais banal. Para tanto, é objetivo da pesquisa: identificar a existência de relação entre violência física entre jovens e as questões de raça e gênero. A população de pesquisa consta de: livros e artigos científicos na base de dados, revista eletrônica de enfermagem; scielo; cartilhas elaboradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS); publicações do Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA).

Palavras-chave: Violência física. Saúde pública. Raça. Gênero.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na pesquisa bibliográfica acerca da violência, tendo foco em população negra com recorte de gênero, na busca de produzir um material conciso e abrangente, estabelecendo um panorama dos perfis das vítimas de violência no estado da Bahia com recorte de juventude. É objetivo da pesquisa traçar os perfis das vítimas quanto as questões de raça, gênero. Pode-se evidenciar de acordo com Waiselfisz (2013), na Bahia o número de óbitos por armas de fogo em 2010 foi de 34,4 para cada 100 mil habitantes. E em Salvador este número é de 59,6 para cada 100 mil habitantes. Esses dados chamam atenção no quesito e gênero pois existe uma discrepância muito grande entre jovens negros e não negros e fica mais acentuado no que diz respeito ao público masculino.

Consonância com Almeida (2010), observa-se que em relação a variável de sexo os dados encontrados no Brasil seguem a mesma tendência internacional que mostra que os homicídios ocorrem notadamente com indivíduos do sexo masculino. Sendo que se nota um considerado histórico aumento nas taxas de homicídios entre jovens, pois eles estão expostos a uma série de fatores que acabam vitimando-os, e que não estão presentes de forma tão extrema nas outras faixas etárias, expressa pela enorme disparidade entre as taxas de homicídios considerando o recorte geracional.

Apesar de muito se debater sobre violência, essa pesquisa tem o caráter inovador por realizar um recorte de violência física entre população jovem. Daí a relevância deste trabalho, pois os índices de violência em nível global são altíssimos, como ressalta os dados publicados no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde pela OMS - Organização Mundial de Saúde,

A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo. (DAHLBERG E KRUG, 2007, p. 02)

Em consonância com Schilling, (2000) destacamos ainda que muito se fala sobre os criminosos e seus crimes, pouco, ou quase nada, se fala das vítimas.

Neste ensejo o Ministério da Saúde pondera acerca dos impactos na violência, sobretudo na saúde:

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. (BRASIL, 2005, p. 11).

Desta maneira, este trabalho torna-se de extrema importância para a sociedade e comunidade acadêmica, pela necessidade existente de pesquisas que apresentem recortes específicos para este público, tomando para saúde pública o viés deste debate.

No âmbito do Ministério da Saúde e das políticas públicas de saúde específicas, foi instituído em 13 de maio de 2009 a portaria nº 992, que é um marco importante na regulamentação da Política Nacional Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A construção desta política é resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento negro. É, igualmente, fruto da pactuação de compromissos entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a fim de superar situações de vulnerabilidade em saúde que atingem parte significativa da população brasileira (BRASIL, 2007, p. 2).

Outro marco importante ocorreu em setembro de 2014 a Comissão Intergestores Tripartite – CTI, publicou uma resolução com objetivo de estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde de qualidade, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população negra, a fim de reduzir as iniquidades de raça, gênero, geracionais e de classe, bem como a promoção da qualidade de vida de todos através do plano operativo 2013-2015 do Sistema Único de Saúde.

O Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA (2010) desta que a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher de 1995, define as áreas de atuação para a promoção da igualdade de gênero, trazendo recomendações para a juventude nas áreas de

educação, saúde, proteção contra violência e abuso, inserção econômica e participação política. Afirmando, além disso, a necessidade dos países eliminarem atitudes e práticas culturais negativas contra meninas. Quanto à proteção contra a violência e abuso, a Plataforma recomenda aos países adotar medidas preventivas para proteger mulheres, jovens e crianças de ódio tipo de abuso, recomendo ainda que os países tomem medidas especiais para eliminar a violência contra a mulher, em especial aquelas que estão inseridas em contextos de vulnerabilidade, sobretudo as adolescentes e jovens.

MATERIAL & MÉTODOS

O produto da pesquisa científica deve contribuir para o avanço do conhecimento humano. Na vida acadêmica, a pesquisa é um exercício que permite despertar o espírito de investigação diante dos trabalhos e problemas sugeridos ou propostos pelos professores e orientadores. A fim de exercício de um senso crítico mais aguçado, o método de abordagem utilizado neste trabalho foi o dialético que segundo Prodanov e Freitas (2013, p.34),

[...] parte da premissa de que, na natureza, tudo se relaciona, transforma-se e há sempre uma contradição inerente a cada fenômeno. Nesse tipo de método, para conhecer determinado fenômeno ou objeto, o pesquisador precisa estudá-lo em todos os seus aspectos, suas relações e conexões, sem tratar o conhecimento como algo rígido, já que tudo no mundo está sempre em constante mudança.

Para tanto, pontuamos que a finalidade da pesquisa científica não é apenas relatar ou descrever fatos levantados empiricamente, porém o desenvolvimento de um caráter interpretativo no que se refere aos dados obtidos. Sendo que é imprescindível correlacionar a pesquisa com o universo teórico, optando por um modelo que sirva de embasamento à interpretação do significado dos dados e fatos colhidos ou levantados.

Assim sendo, do ponto de vista dos objetivos da pesquisa ela deu-se de maneira exploratória e no que diz respeito ao tipo de pesquisa foi revisão bibliográfica, qualitativa e de documentação indireta como conceitua Prodanov e Freitas (2013, p.54 – 70),

a) Pesquisa bibliográfica: quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. Em relação aos dados coletados na internet, devemos atentar à confiabilidade e fidelidade das fontes consultadas eletronicamente. Na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar.

b) Pesquisa qualitativa: considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

REFERENCIAL TEÓRICO

A palavra “violência” vem do latim *violentia* que se refere a impetuosidade, no caso, uso da força física, ação de intimidar alguém moralmente ou seu efeito, ação destrutiva exercida com ímpeto, força. (HOUAISS, 2010)

A passagem do latim para o grego, confirma esse núcleo de significação, já que o *is* significa músculo, força, vigor e se vincula à *bia* como força vital, força do corpo. Nesse sentido, encontramos na noção de violência a ideia de força, potência natural, “cujo exercício contra alguma coisa ou contra alguém torna o caráter violento [...]. Ela (força) se torna violenta quando passa da medida ou perturba uma ordem” (ROSÁRIO, 2011, p. 45 apud MICHAUD, 2001, p. 8).

Almeida (2010), conceitua que o termo raça refere-se ao âmbito biológico, e para os seres humanos é um termo foi utilizado historicamente para identificar categorias humanas socialmente definidas. As diferenças mais comuns referem-se à cor de pele, tipo de cabelo, conformação facial e cranial, ancestralidade e genética. Portanto, a cor da pele amplamente usada como característica racial, constitui apenas uma das características que compõem uma raça.

Brasil; África do Sul; Estados Unidos (2000), conceitua raça como uma idéia que cientistas europeus do passado utilizaram para categorizar as diferenças de aparência dos povos que viviam em partes do mundo distantes da sua. Raça começou, então, como um conceito geograficamente derivado. Mas tarde, alguns cientistas começaram a especular sobre uma hierarquia de capacidade ou valor associada com as várias “raças”.

De acordo com Abreu e Andrade (2010), enquanto o vocábulo “gênero” pode significar para as ciências naturais: espécie, grupo de coisas, plantas, animais, artigo, matéria, coisa que se usa ou se consome, para as ciências humanas, sociais e da saúde refere-se a elaboração cultural das noções de masculinidade e femininidade, aquilo que se diz a partir das diferenças sexuais.

De acordo com Hayek (2009, p. 1),

A temática da violência não é um tema sociológico recente, pois são conhecidas diversas práticas violentas usuais na Antiguidade. Essas práticas começaram a serem discutidas a partir do século XIX. Assim, a violência passou a ser caracterizada como um fenômeno social e despertou a preocupação do poder público e também de estudiosos de várias áreas, tais como: Ciências Sociais, História, Geografia, Economia, Medicina, Psicologia, Direito, entre outros.

Em consonância com Brasil (2004), aceitaremos aqui a definição que a Assembleia Geral da ONU para o Ano Internacional da Juventude, ao subscrever as diretrizes para o planejamento e acompanhamento das questões atinentes à juventude. A Assembleia Geral para fins estatísticos definiu como jovens as pessoas entre 15 e 24 anos, sem prejuízo de outras definições de Estados Membros. Posteriormente quando a mesma Assembleia aprovou o Programa Mundial de Ação para a Juventude para além do ano 2000, reiterou que definia a juventude na mesma faixa etária. No entanto acrescentou que, “para além dessa definição estatística, o sentido do termo juventude variava em todo mundo e que as definições de juventude haviam mudado continuamente como resposta as flutuações políticas, econômicas e socioculturais.

Segundo Lira (2009, p. 2),

Em uma análise preliminar, observa-se que a criminalidade violenta está essencialmente concentrada nas áreas urbanas. Usualmente, sabe-se que conflitos de todos os aspectos e motivos também ocorrem nas zonas rurais. Entretanto, é na cidade que os conflitos e desentendimentos interpessoais aparecem com maior vigor, talvez pela própria estrutura centralizadora e concentradora que o meio urbano apresenta.

“O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia.” (BRASIL, 2007, p. 2).

As dificuldades do sistema de saúde brasileiro para melhoria da qualidade de vida de adolescentes e jovens são grandes. Mais uma vez, profunda desigualdade socioeconômica, racial, regional e de gênero são marcantes e interferem negativamente na garantia do direito à saúde. Somam-se, ainda, às dificuldades de natureza epidemiológica do contexto brasileiro que tem especificidades, que reúne simultaneamente doenças típicas da pobreza e da vida rural com outras próprias das sociedades urbanas desenvolvidas, agravadas pela epidemia de HIV/Aids emergente da década de 90 e pelo crescimento da mortalidade e morbidade por causas externas associadas à violência urbana. (2010, UNFPA)

Assim sendo, Almeida (2011, p. 21) problematiza de maneira enfática o cenário que por sua vez propicia a violência na sociedade:

A ineficácia das instituições públicas, a corrupção e o peculato, os privilégios das minorias, a impunidade dos poderosos, os impostos abusivos e o mau uso do dinheiro público são fatores que geram revolta e intensificam a agressividade da população. Essa violência é descarregada no cotidiano e atinge quem não tem culpa. Outra contribuição da sociedade contemporânea para o aumento da agressividade é o consumismo. Uma sociedade que inventa e alimenta desejos impossíveis é uma fonte constante de frustrações que, como sabemos, intensificam os sentimentos hostis. A injustiça gera ódio; a impunidade e a descrença nas instituições estimulam o sujeito a buscar justiça por conta própria.

No que tange ao recorte de gênero, a violência contra mulher na sua materialização de violência física, ocorre nas maiores das vezes no âmbito da violência doméstica, conforme delimita Almeida (2010), por violência doméstica a conduta que cause danos físico, físico ou

social a todas as pessoas que coabitem na mesma casa, e empregados e agregados. Em muitos casos também na violência familiar que é mais específica, e abrange apenas agressões físicas ou psicológicas entre membros da mesma família. Contudo, não se pode esquecer da violência conjugal que é entendida como tipo de agressão praticada contra cônjuge, companheiro/a ou namorada/o.

O Ministério da Saúde coloca em evidência a relação da violência com a saúde:

Em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno sócio histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área, porém, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. (BRASIL, 2005, p. 11).

Conhecer o que a violência representa, possibilita o estabelecimento de medidas de prevenção, de atenção e de proteção às vítimas ou às pessoas em situação de violência, além do desafio de dispor informações sobre violência doméstica, sexual e outras violências, sobre as quais ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito. (BRASIL, 2009). Schraiber et al (2003, p. 41) reflete sobre a violência doméstica, “emergindo como questão social importante mediante estudos dos conflitos familiares, a violência doméstica é mais conhecida por referência aos abusos e maus-tratos que sofrem as crianças, as mulheres, e os idosos.”

No que diz respeito a violência contra a mulher a Convenção de Belém do Pará (2004) define que é:

Resultante da capacidade de adaptação da ideologia patriarcalista aos tempos modernos e, por tanto, sempre presente, a violência contra as mulheres ocorre porque as mulheres são relegadas a cumprir um papel de cidadãs de segunda categoria. Por essa razão é necessário compreender que a hierarquia de gênero estabelecida (onde o feminino não é apenas inferior, mas também subordinável) propicia a violência contra as mulheres.

Assim sendo, a Convenção de Belém do Pará (2004), classifica a violência em alguns tipos: violência física - aquela que é perpetrada no corpo da mulher por meio de socos, empurrões, beliscões e chutes. Ou por meio de atos ainda mais graves, como queimaduras, cortes e perfurações feitas com armas brancas ou armas de fogo.”

Ainda de acordo com Convenção de Belém do Pará (2004), a violência sexual está tipificada,

Na violência sexual a vítima é obrigada, em geral por meio do uso de força, coerção ou ameaça, sexual a manter relações ou a praticar atos sexuais que não deseja. Muitas vezes o agressor é o próprio marido ou companheiro que se sente no direito de satisfazer seu desejo sexual independente da vontade da mulher, uma vez que mantém com esta uma relação de casamento, namoro ou companheirismo. Em outros casos, o agressor é o patrão, que usa de sua relação de poder hierárquico de chefia para obrigar a funcionária a manter com ele relações independentes de seu desejo - é a figura do assédio sexual. Nestes casos, parece “natural” forçar a mulher a manter relações sexuais que não deseja. A vergonha ou o medo induz ao silêncio as mulheres, como também os seus familiares.

DISCUSSÃO

Nossa história foi construída sobre as bases da desigualdade, reservando para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado. A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra, (Brasil, 2013). Assim sendo, o Ministério da Saúde reconhece a situação de vulnerabilidade da população negra, o genocídio de sua juventude por um racismo institucionalizado que muitas vezes não é tão silencioso, como por exemplo: nos autos de resistência mantido pelo braço armado do Estado - leia-se polícias militares, até os dias atuais.

O racismo e a discriminação não são apenas assuntos de opinião pessoal consciente ou de atos intencionais ou atitudes individuais. O racismo e a discriminação podem ser incorporados em consequência não-intencionais, porém prejudiciais, que têm origem em práticas ou políticas aparentemente neutras. (BRASIL; ÁFRICA DO SUL; ESTADOS UNIDOS 2000).

Em outras palavras, as atitudes e crenças em relação à raça, estão incrustadas nos valores sociais, nas práticas culturais, nas leis, nos costumes e na maneira pela qual operam as instituições. Impactando diretamente o desenvolvimento pelo dos indivíduos são excluídos. O racismo não é apenas um hábito do coração. Pode ser um hábito da indústria ou um padrão de comportamentos de indivíduos, grupos ou instituições. Tanto ações não-intencionais como intencionais podem ser racialmente discriminatórias. (BRASIL; ÁFRICA DO SUL; ESTADOS UNIDOS, 2000).

Uma pesquisa realizada pelo Senado Federal (2012), aponta que a maioria dos homicídios que ocorrem no Brasil atinge pessoas jovens: do total de vítimas em 2010, cerca de 50% tinham entre 15 e 29 anos. Desses, 75% são negros. As respostas governamentais e não-governamentais ao processo de agravamento deste fenômeno em muito se beneficiaram de estudos e diagnósticos elaborados a partir dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Dentre os resultados da pesquisa, cabe destacar que a maioria considera que as mulheres sofrem mais com a violência (67,1%) e que os negros são as principais vítimas (66,9%). Pouco mais de um terço (35,8%) acredita que a violência atinge mais os jovens na faixa de 19 a 29 anos.

Contudo, ao longo dos anos a resistência dos movimentos sociais vem denunciando a indignidade das condições de vida da população negra, traduzindo-as em reivindicações por políticas públicas que reduzam a desigualdade e ampliem a equidade do acesso aos bens e serviços públicos (Brasil, 2013).

Entretanto, para que seja provocada uma mudança mais efetiva é muito importante que a sociedade reconheça a existência do racismo, e as/os profissionais de saúde seja preparadas/os para não só reconhecer, mas, também combater essa prática e se policiar na sua atuação profissional no cotidiano para replicar nenhum tipo de prática que caracterize racismo institucional, que é algo que está, sobretudo, impregnado em muitos serviços de saúde, em atos rotineiros, como omissão de informações a determinados clientes, ausência de analgesia em procedimentos em pessoas negras por ter-se a ideia de que a/o negra/o não precisa, suporta mais a dor que a (o) não a negra (o).

Em detrimento a estes acontecimentos, que é comum em muitas rotinas na saúde em diversos níveis da assistência, é de suma importância o conceito que o Ministério da Saúde pondera para caracterizar o racismo institucional, como produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifestando-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância,

falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições. (BRASIL, 2007).

Segundo (2014) que teve o primeiro Mapa da Violência divulgado em 1998, consideramos mortalidade violenta a resultante da somatória de homicídios, suicídios e acidentes de transporte, precisamente por sua elevada incidência na juventude e por ser produto de um conjunto de situações sociais e estruturais. Desagregando sua incidência ao longo da vida, podemos visualizar melhor esse fato. Realizamos esse desmembramento para os dados do ano 2012. Podemos observar: o brutal incremento dos homicídios a partir dos 13 anos de idade: as taxas pulam de 4,0 homicídios por 100 mil para 75,0 na idade de 21 anos. A partir desse ponto, há um progressivo declínio. Nessa faixa jovem, são taxas de homicídio que nem países em conflito armado conseguem alcançar.

O Dossiê produzido sobre extermínio e execuções extrajudiciais pela Academia de Direito Humanitário e Direitos Humanos de Genebra, USP e outras instituições internacionais (2009), trás uma importante reflexão acerca dos perfis das vítimas de violência letal no Brasil, e no estado de São Paulo, mas, que muito se assemelha com a região do nordeste. As vítimas de extermínio são em sua grande maioria: jovens entre 15 a 24 anos de idade, moradores das periferias das grandes cidades, afrodescendentes em sua grande maioria e pobres no geral. A impunidade em relação aos casos de homicídios nas periferias é enorme. Não existe estímulo por parte dos organismos investigadores do Estado em revelar a autoria de tais mortes, muitas vezes porque existe o envolvimento de policiais. (Dossiê, 2009)

A impunidade impera sobre cada um dos casos, o que passa a mensagem de que essas mortes são toleradas, “aceitas” e, em muitos casos, desejadas. Este tipo de prática tipificada por aceitação ativa ou passiva da morte de qualquer pessoa pela ação ou omissão dos agentes do Estado, significa ser conivente com uma sociedade violenta, cruel, autoritária e sem respeito aos direitos humanos. No Brasil, a pena de morte não é oficial. Não faz parte do nosso ordenamento jurídico esta penalidade extrema. Sua previsão legal é apenas definida em estado de guerra com outro país, para o qual se estabelecerá um tribunal específico para analisar e julgar tais casos. No entanto, ainda que ilegal, ela tem sido institucionalizada pelas polícias estaduais que, com a desculpa de combater o crime e manter a ordem pública, matam um elevado número de civis em situações pouco ou quase nada elucidativas em nome do “estrito cumprimento do dever legal”. Estas ações, que envolvem polícias em situação de confronto com civis, recebem a denominação de “resistências seguidas de morte”.

Quando cidadãos, estudantes, profissionais da saúde (que tem uma ligação maior com a vida), não se posicionam frente a este tipo de problema, é o mesmo que ir de encontro a ética e a moral, o exercício da profissão e sobretudo, o direito a vida, que para além de ser constitucional está intrínseco ao ser humano e não pode ser dissociado dele.

As figuras 1 e 2 estabelecem um panorama da taxa de homicídios entre população de 15 a 24 anos no Brasil e na Bahia, onde a Bahia seguiu sentido inverso da taxa no Brasil aumentando absurdamente ao logo dos anos.

As figuras 3 e 4 estabelecem um panorama do número de homicídios de mulheres no Brasil e na Bahia, onde a Bahia mais uma vez segue o sentido inverso dos números no Brasil aumentando absurdamente ao logo dos anos.

As figuras 5 e 6 estabelecem um panorama do número de homicídios de homens no Brasil e na Bahia, onde a Bahia reitera o sentido inverso dos números no Brasil aumentando absurdamente ao logo dos anos.

As pesquisas de Waiselfisz (2014) reafirmam a existência de preferencial por parte da violência, sobretudo letal, a população jovem, onde até 12 anos de idade, o número de vítimas é relativamente baixo. Nessa idade foram 85 as vítimas em 2013. A média de homicídios, nessa faixa de 0 a 12 anos, foi de 36,5 por idade simples. A partir dos 13 anos, o número de vítimas de homicídio vai crescendo rapidamente, até atingir o pico de 2.473 na idade de 20 anos. A partir desse ponto, o número de homicídios vai caindo lenta e gradativamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência preferencial a jovens negras (os) está posta, é contundente e comunga da ausência do estado ou conivência do mesmo. No universo deste público, quando é feito o recorte de gênero fica notório uma política de racismo institucionalizado pelo aparato do estado, materializado por ações genocidas, seja por execuções sumárias, violências obstétricas ou ate mesmo ausência de atendimento adequado. É muito importante observar que este problema gera aos cofres públicos uma demanda de gastos excessiva e que poderia ser revertida em prevenção e promoção a saúde, por exemplo, a fim de propiciar melhor qualidade de vida a população, bem como garantir que os jovens tenham a possibilidade de atingirem seu potencial, o que não acontece hoje com jovens oriundos de comunidades periféricas.

Assim sendo, espera-se que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra seja amadurecida e implementada em sua totalidade a fim de promover a real equidade na assistência a saúde no âmbito do SUS.

Neste ensejo, é de suma importância que a política de humanização do SUS esteja em consonância com os recortes de raça e gênero, pois a dificuldade de acesso a assistência a saúde tem cor e gênero sim.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. G. B. A violência na sociedade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. 161 p.

ABREU, J. J. V., ANDRADE, T. R. A COMPREENSÃO DO CONCEITO E CATEGORIA GÊNERO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA AS RELAÇÕES DE GÊNERO NA ESCOLA. 2006. 14p

BRASIL; AFRICA DO SUL; ESTADOS UNIDOS. Para além do Racismo: abraçando um futuro interdependente. Cooperativa de Relações Humanas. Atlanta,GA. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília-DF. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.632 de 15 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2632.htm>>. Acesso em: 18 set. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

Brasil. Senado Federal. Violência contra a juventude negra no Brasil Pesquisa de opinião pública nacional. Brasília – DF, 2012. 90 p

DAHLBERG, L. L.; KRUNG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2014

DICIONÁRIO HOUAISS CONCISO. Houaiss. – São Paulo: Moderna, 2011.

DOSSIÊ. Academia de Direito Humanitário e Direitos Humanos de Genebra. Mapas do extermínio: execuções extrajudiciais e mortes pela omissão do Estado de São Paulo. São Paulo – SP, 2009.

HAYECK, M. C. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Refletindo sobre a violência. -- 2009. Disponível em: <www.rbhcs.com>. Acesso em: 23 out. 2014

LIRA, P. S. Instâncias urbanas de violência: Uma Análise Dialética no Município de Vitória – ES. 2009. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 ago. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1678.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2014

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROSARIO, A. B. do; NETO, F. K. ; MOREIRA, J. O. Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica. – Barbacena, MG : EdUEMG, 2011. 168 p.

SCHILLING, F. Um olhar sobre a violência uma perspectiva dos direitos humanos: a questão da vítima. Revista IMESC n 2, 2000. pp. 59-65. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/revista_do_imesc.htm>. Acesso em: 21 out. 2014

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface -Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 1., 2004, Brasília. Caderno de Textos Básicos. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial: Ministério da Saúde, 2004.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento. -- 2. ed. -- Brasília :,ONU, 2010.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2013: Mortes Matadas por armas de fogo. Flacso: 2013. 55 p.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2013: Mortes Matadas por armas de fogo. Flacso: 2013. 55 p.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2013: Mortes Matadas por armas de fogo. Flacso: 2013. 55 p.

WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001, Brasília. Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Brasília: PNUD, 2001.

FIGURAS

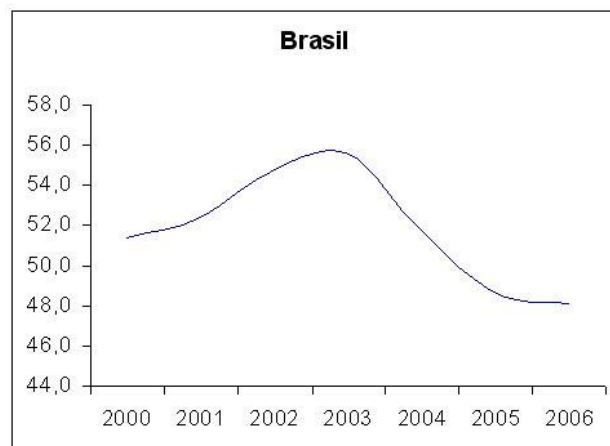


Figura 1. Taxa de Homicídios (/ 100 mil hab) entre a população de 15 a 24 anos no Brasil (2000-2006).
Fonte NEV/USP.

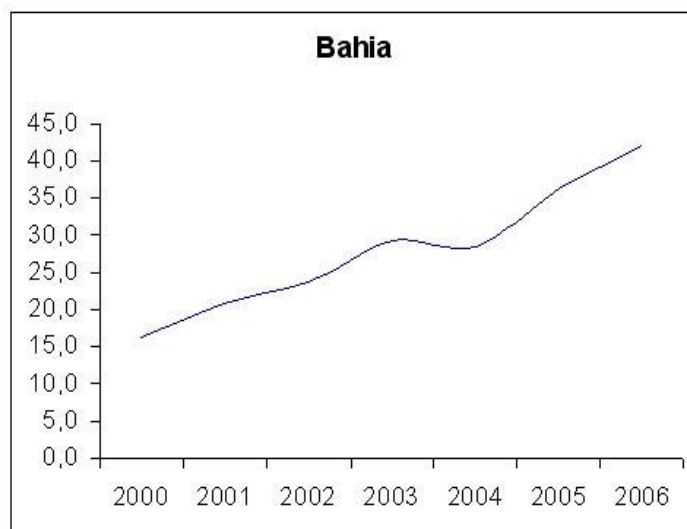


Figura 2. Taxa de Homicídios (/100 mil hab) entre a população de 15 a 24 anos no estado da Bahia.
Fonte NEV/USP.

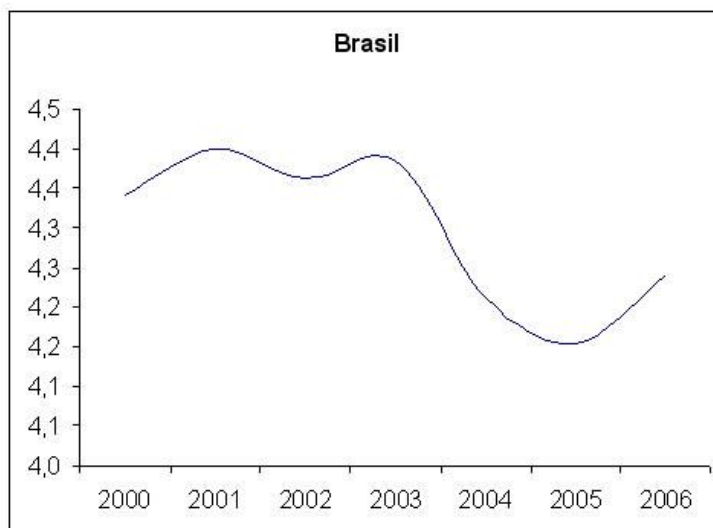


Figura 3. Número de homicídios entre a população feminina no Brasil (2000-2006). Fonte NEV/USP

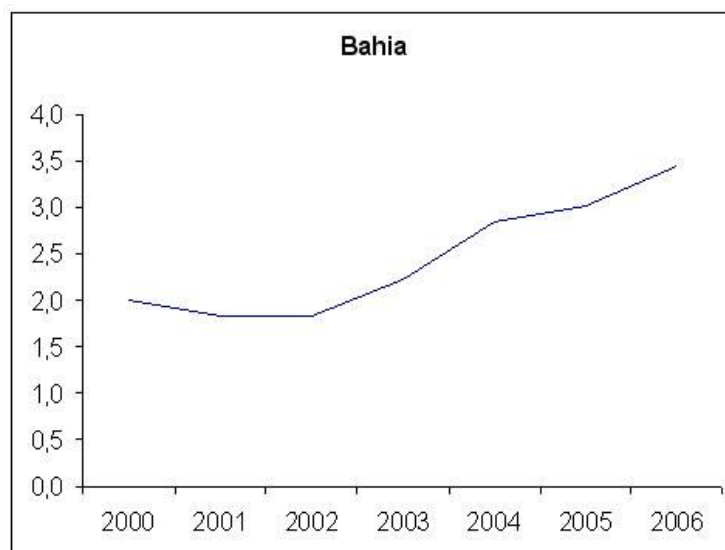


Figura 4. Número de homicídios entre a população feminina na Bahia (2000-2006). Fonte NEV/USP.

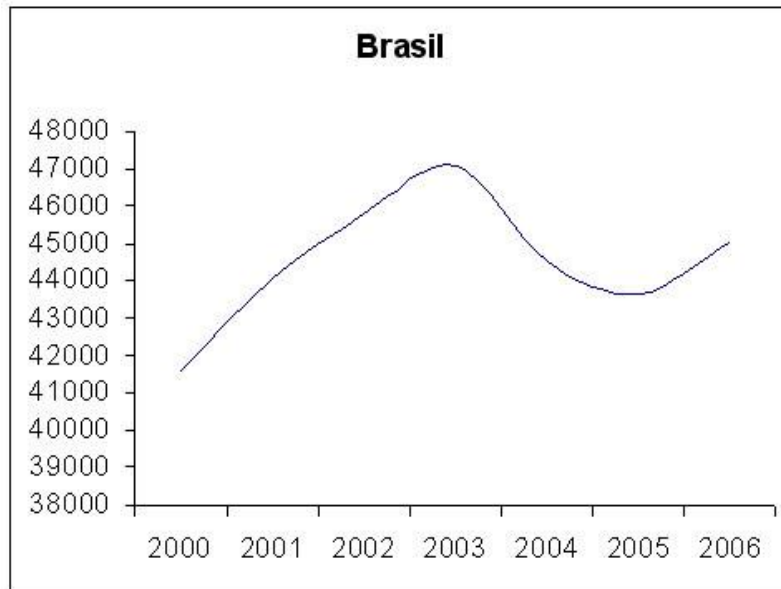


Figura 5. Número de Homicídios entre a população masculina no Brasil (2000-2006). Fonte NEV/USP.

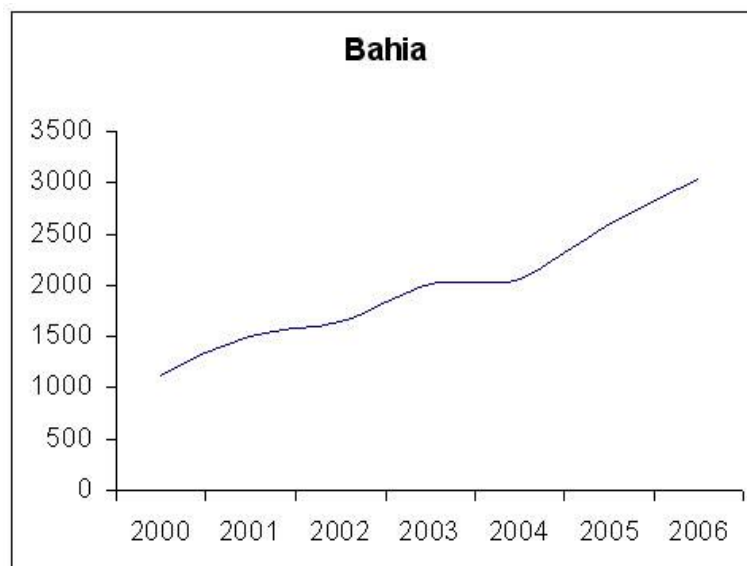


Figura 6. Número de Homicídios entre a população masculina no na Bahia (2000-2006). Fonte NEV/USP.