ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

MÓDULO I

CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UNIDADE 1

Saúde, Políticas Públicas e o SUS

UNIDADE 2

Ética e as Relações Interpessoais

GUIA DO ALUNO

ESP/MG

Belo Horizonte, 2012

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Unidade Sede
Av. Augusto de Lima, 2.061 - Barro Preto / Belo Horizonte/MG
CEP: 30190-002

Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 - Barro Preto / Belo Horizonte/MG
CEP: 30180-080
home page: www.esp.mg.gov.br

Superintendência de Educação

Núcleo de Educação Profissional em Saúde
e-mail: educacaoprofissional@esp.mp.gov.br
telefones: (31) 3295-7990 / 3295-5409

Elaboração
Érica Menezes dos Reis
Fabiana Gonçalves Santos Costa
Jomara Aparecida Trant de Miranda
João André Tavares Alvares da Silva - Coordenador Técnico
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira - Coord. Técnica
Luiza Lisboa
Roberta Moriya Vaz

Editor Responsável: Harrison Miranda

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Rod. Pref. Américo Gianetti, s/n° - Ed. Minas
Bairro Serra Verde - Belo Horizonte/MG
home page: www.saude.mg.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G sala 725
Brasília/DF - CEP: 70058-900
e-mail: sgtes@saude.gov.br / deges@saude.gov.br
home page: www.saude.gov.br/sgtes

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública
M663g Guia do aluno: Módulo 1: Curso Técnico em Vigilância em Saúde: Unidade 1: Sáude, Políticas Públicas e o SUS: Unidade 2: Ética e as Relações Pessoais/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas - Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

148 p.

ISBN: 978-85-62047-30-5

1.Política de Saúde 2. Políticas Públicas de Saúde 3.Vigilância em Saúde I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 525

APRESENTAÇÃO

A formação do Técnico em Vigilância em Saúde (TVS) está fundamentada nos princípios do SUS e tem por finalidade responder às competências dos Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA). Essa formação é parte integrante dos objetivos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Área da Saúde (PROFAPS) e está de acordo com as bases políticas e legais da Política Nacional de Educação (PNE).

Aliando Ensino, Pesquisa e Serviço, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) propõe a formação do Técnico em Vigilância em Saúde tendo como objetivos principais habilitar Técnicos em Vigilância em Saúde para atuar no Sistema único de Saúde, que sejam capazes de atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e da comunidade/coletividade; compreender o papel da Vigilância em Saúde no SUS e sua importância para a mudança do modelo de atenção à saúde; compreender as diretrizes e estratégias para integração entre a Vigilância à Saúde e a Atenção Primária.

O material didático deste curso foi elaborado aliando teoria à prática cotidiana de trabalho e auxilia os alunos na reflexão e análise de experiências, ampliando sua compreensão acerca da atuação desse técnico no SUS. Agradecemos aos diversos parceiros que apoiam na concretização dos nossos objetivos, como todos os profissionais envolvidos, que atuam como docentes da Concentração (momento teórico do curso) e da Dispersão (momento da prática profissional), as secretarias municipais de sáude, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério da Saúde.

Direção Geral da ESP-MG

SUMÁRIO

Parte 1 - Informações gerais sobre o curso.....5
Parte 2 - Atividades Pedagógicas.....23
Unidade 1 Saúde e Contextualização Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde
Aula Inaugural 25
Atividade 1.....25
Atividade 2.....25
Atividade 3.....26
Atividade 4.....26
Atividade 5.....40
Atividade 6.....40
Atividade 7.....41
Atividade 8.....43
Atividade 9.....62
Atividade 10.....62
Atividade 11.....63
Atividade 12.....65
Atividade 13.....65
Atividade 14.....66
Atividade 15 68
Atividade 16.....74
Atividade 17 75
Atividade 18.....83
Atividade 19.....83
Atividade 20.....84
Atividade 21.....91
Atividade 22.....92
Atividade 23.....93
Atividade 24.....98
Atividade 25.....100
Atividade 26.....102
Atividade 27.....102
Atividade 28.....102
Atividade 29.....103
Atividade 30.....105
Atividade 31.....111
Atividade 32.....111
Atividade 33.....114
Atividade 34.....114

PARTE 1
INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O CURSO

Tempo estimado: 4 horas

1) A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais tem como princípio contribuir para a formulação e implantação de ações relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos atores no âmbito da saúde pública, qualificando-os para a transformação positiva das práticas. Isso é possível através de ações da Superintendência de Educação e Superintendência de Pesquisa. Os cursos da ESP-MG são oferecidos de forma centralizada e descentralizada em todas as regiões do Estado.

A ESP-MG tem por finalidade planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), competindo-lhe:

- Desenvolver programa de formação e educação permanente dos agentes com atuação no âmbito de saúde, de extensão e pesquisas sobre temas relevantes em saúde pública;
- Estabelecer articulação e intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e internacionais, públicas e privadas, visando ao fortalecimento e ao aperfeiçoamento da ESP-MG na área de saúde;
- Desenvolver estudos e pesquisas para identificar os riscos e agravos em saúde pública;
- Propor soluções para os problemas que dificultam o pleno desenvolvimento do atendimento na área de saúde;
- Programar, coordenar, executar e avaliar as atividades relativas ao acervo bibliográfico da SES.

A missão institucional é ser referência em Minas Gerais na qualificação de profissionais para que atuem como agentes de mudança das práticas no âmbito do SUS. A ESP-MG tem como visão promover a qualificação de profissionais atuantes no SUS em Minas Gerais, por meio da construção e difusão de conhecimentos gerados a partir da integração ensino-serviço.

Atualmente, a ESP-MG é composta por duas unidades físicas, conforme apresentação a seguir:

- Sede: Av. Augusto de Lima, nº 2061, bairro: Barro Preto, Belo Horizonte/MG.
- Unidade Geraldo Campos Valadão: Rua Uberaba, nº 780, Barro Preto, Belo Horizonte/MG.

A Superintendência de Educação por meio do Núcleo de Educação Profissional em Saúde, o qual tem por finalidade a qualificação de profissionais de saúde de nível médio, é responsável pelo Curso Técnico em Vigilância em Saúde, em consonância com o Projeto Político Pedagógico da ESP-MG.

2) O Curso Técnico em Vigilância em Saúde da ESP/MG
2.1) Informações gerais

O curso técnico em Vigilância em Saúde da ESP/MG, articulando teoria e prática, ensino e serviço, organiza seu processo de ensino e aprendizagem, em quatro módulos que conduzem o aluno à aquisição de competências para o desempenho de sua profissão.

Neste contexto, os guias de estudo subsidiam a construção de competências específicas da área de vigilância em saúde no que tange a organização e execução do trabalho, planejamento e execução das ações e prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, em ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
2.2) Autorização do curso

O curso Técnico em Vigilância em Saúde da ESP/MG foi aprovado pelo Parecer do Conselho Estadual de Educação nº 455, de 29 de março de 2012, publicado em 18 de abril de 2012 e pela Portaria nº 898/2012, de 27 de abril de 2012, da Secretaria de Estado de Educação.

2.3) Estrutura curricular

O curso Técnico em Vigilância em Saúde faz parte do Eixo Tecnológico Ambiente, Saúde e Segurança do Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos. O curso é estruturado e organizado em etapas com terminalidade ao final dos quatro módulos, sem saídas intermediárias, com a obtenção de diploma conclusão de curso.

O curso está organizado em quatro Módulos sequenciais e integrados:

- Módulo I: SUS e o Processo de Trabalho em Vigilância em Saúde
- Módulo II: Território
- Módulo III: Políticas, Planejamento e Organização
- Módulo IV: Ações procedimentos e intervenções da área da Vigilância em Saúde

O objetivo geral do curso é habilitar em Técnicos em Vigilância em Saúde os profissionais de nível médio em atividade no Sistema Único de Saúde e que exerçam suas funções na rede de atenção básica ou em qualquer Unidade de Serviço do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - SNVS ou do Sinavisa. Capacitando-os para atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e da comunidade/coletividade.

Cada módulo é composto por um conjunto de Unidades de Estudo estruturadas a partir das competências específicas para o Módulo. Cada Unidade possui uma série de atividades organizadas de forma sequenciada, levando a integralização e desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para desempenharem suas funções.

A seguir apresentamos a Estrutura Curricular.

MÓDULOS ÁREAS TEMÁTICAS	UNIDADES DIDÁTICAS	CARGA HORÁRIA (HORAS)		CARGA HORÁRIA TOTAL
		CONCENTRAÇÃO (Teoria)	PRÁTICA SUPERVISIONADA (Prática)	
I – SUS e o Processo de Trabalho em Vigilância em Saúde	Saúde, Politicas Públicas e o SUS	40	40	80
	Ética e as relações interpessoais	20	30	50
	O SUS e a Vigilância em Saúde	20	30	50
	O Processo de trabalho da Vigilância em Saúde	40	40	80
	TOTAL	**120**	**140**	**260**
II- Território	Território e a Vigilância em Saúde	40	40	80
	A informação como subsídio para a tomada de decisão e as ações de Vigilância em Saúde/Atenção Primaria	40	80	120
	As ferramentas de trabalho da Vigilância em Saúde- A analise da situação de saúde e a carga de doença	40	50	90
	TOTAL	**120**	**170**	**290**
III- Politicas, Planejamento e Organização				
	Politica Nacional de Saúde	30	40	70
	Politica de Promoção da Saúde	40	40	80
	Planejamento em Saúde	40	40	80
	Organização dos Processos de Trabalho da Vigilância em Saúde	40	40	80
	TOTAL	**150**	**160**	**310**
IV – Ações procedimentos e intervenções da área da vigilância em saúde	Vigilância de Agravos e Doenças	70	80	150
	Vigilância Ambiental	40	40	80
	Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde	70	80	150
	Vigilância nos Ambientes de Trabalho	40	40	80
	TOTAL	**220**	**240**	**460**
	Carga horaria total	**610**	**710**	**1320**
	Carga horaria total do curso 1320 horas			

2.4) Metodologia pedagógica

A ESP/MG adota a modalidade do Currículo Integrado para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, que tem como princípio a articulação teórica e prática, ensino e serviço, sendo operacionalizado com alternância regular de períodos presenciais de concentração e outros de prática profissional, dispersão, em ambiente de trabalho de forma sequencial:

I. o período de concentração é constituído por situações de reflexão sobre a prática, em que os alunos desenvolvem as sequências das unidades didáticas para criar, aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhe-

cimento teórico;

II. o período de dispersão, é o momento pedagógico de reorganização do processo de trabalho e caracteriza-se como efetivo exercício da função, considerando que a formação do aluno acontece neste momento, no ambiente de trabalho.

Os momentos de aprendizagem no ambiente de trabalho serão orientados e supervisionados por profissional com formação de nível superior na área da saúde __ e que trabalhe diretamente com o aluno __ cadastrados e qualificados pedagogicamente pela ESP-MG, com licenciatura plena e/ou autorização para lecionar do Sistema Estadual de Ensino.

3) Avaliação

A avaliação nos cursos técnicos da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) é um processo dinâmico, contínuo e cumulativo inerente ao processo ensino- aprendizagem, a qual tem como objetivos qualificar e subsidiar os encaminhamentos das ações docentes, a fim de possibilitar o alcance dos resultados desejados.

A avaliação da aprendizagem terá por objetivos:

- investigar os conhecimentos, competências e habilidades que o aluno traz;
- acompanhar o processo ensino-aprendizagem, identificando os progressos, sucessos e dificuldades dos alunos, visando recuperá-los;
- aperfeiçoar, reorganizar e até mesmo reorientar o processo ensino-aprendizagem;
- verificar se os alunos alcançaram os objetivos e ou desempenhos finais esperados.

A avaliação da aprendizagem deverá:

- ser contínua, cumulativa e processual;
- enfocar a prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos;
- valorizar os resultados obtidos ao longo do processo educativo, sendo portanto, diagnóstica-formativa-somativa.

Os instrumentos de avaliação poderão ser utilizados de acordo com o previamente estabelecido no Plano de Curso. A autoavaliação realizada pelo aluno deverá também ser adotada, por constituir-se num instrumento indispensável ao envolvimento do aluno no processo ensino-aprendizagem.

Os resultados das avaliações serão informados aos alunos pelos docentes, de modo que isto se transforme em uma oportunidade para a aprendizagem. Os pedidos de revisão de resultados de avaliação serão solicitados pelo próprio aluno em formulário próprio emitido pela Secretaria de Ensino para serem submetidos aos pareceres do(a) Docente e do Coordenador (a) Técnico (a) do curso.

Para efeito de aprovação no curso serão observados os seguintes critérios:
frequência mínima igual ou superior a 75% da carga horária prevista em cada unidade de estudo;
conceito APTO em termos de domínio de conhecimento (conteúdos, habilidades técnicas e atitudes).

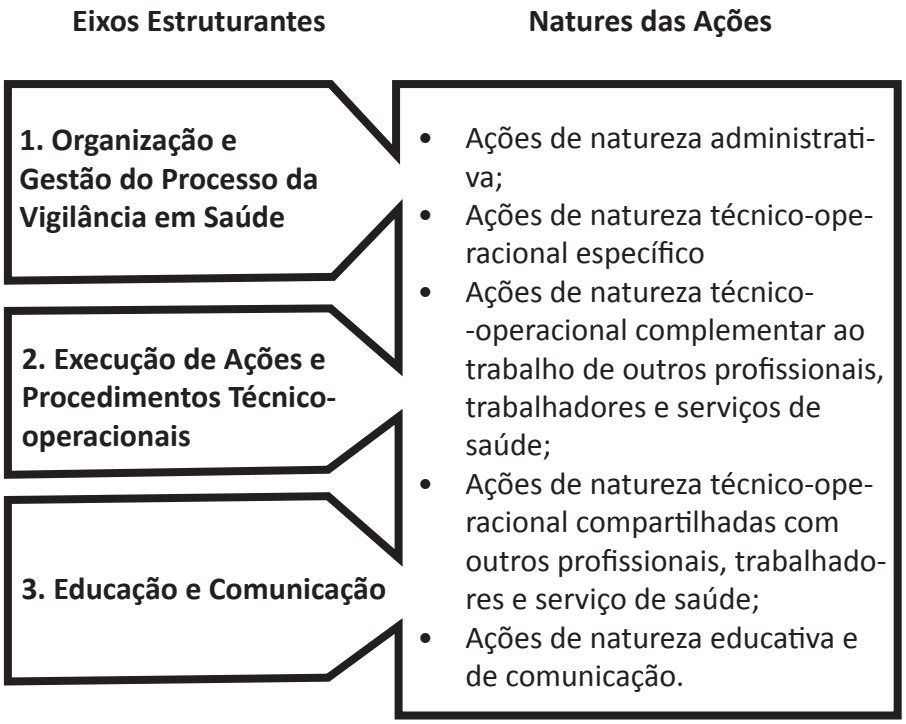
Nas fichas de avaliação de desempenho do curso Técnico em Vigilância em Saúde deverá ser registrado o conceito APTO ou NÃO APTO.

Os casos em que o aluno simplesmente deixar de frequentar as aulas sem qualquer comunicação e ou justificativa caracterizarão o abandono do curso, sendo o aluno considerado desistente, observada a frequência mínima apurada sobre o total da carga horária conforme citado acima.

4) Competências profissionais

Os módulos do Curso Técnico em Vigilância em Saúde foram organizados de acordo com as competências e habilidades inerentes à Habilitação de Técnico em Vigilância tendo como referência o documento "Técnico em Vigilância em Saúde: diretrizes e orientações para formação"[1]. Desta forma este curso está balizado em três eixos estruturantes de ações de naturezas distintas e indissociáveis que se articulam e se efetivam em habilidades, conhecimentos, atitudes e valores. Esses, no seu conjunto conformam as competências pertinentes e necessárias à formação do técnico em vigilância em saúde conforme descrição figura abaixo e o docente deverá avaliar a aquisição de competências em cada unidade de estudo.

Figura 1 - Eixos Estruturantes e Natureza das Ações



[1]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Técnico em vigilância em saúde: diretrizes e orientações para a formação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.

Módulo I – SUS e o Processo de Trabalho em Vigilância em Saúde

Competências:

- Conhecer a estrutura e a organização do SUS: história, legislação, políticas e gestão de saúde e da vigilância em saúde.
- Conhecer os princípios éticos de forma a adotar uma postura ética em relação ao trabalho em equipe e ao trato com a comunidade.
- Conhecer o conceito, a história, o contexto do trabalho na área de saúde, organização do processo de trabalho em saúde e as especificidades do trabalho em vigilância em saúde.

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
1 - Saúde, Políticas Públicas e o SUS	A história das Políticas Públicas de Saúde no Brasil Política Nacional de Saúde: princípios diretrizes do SUS e programas prioritários Os determinantes e condicionantes do Processo Saúde-Doença	Analisar a história e o contexto da saúde no Brasil. Construir uma visão holística da saúde: conceito de saúde e doença, história das doenças, níveis de assistência à saúde, necessidades básicas e necessidades de saúde e cidadania. Compreender e interpretar as normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta profissional de saúde. Trabalhar em equipe, correlacionando os conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área. Aplicar os princípios éticos de forma a adotar uma postura adequada no trato com a clientela/comunidade e com os outros profissionais da equipe de trabalho. Analisar a evolução dos modelos assistenciais implantados no Brasil. Identificar políticas públicas enquanto ferramenta promotora de saúde e o papel dos distintos atores sociais. Compreender a organização da rede de saúde. Compreender a interface da Vigilância em Saúde e relacioná-la aos níveis de atenção a saúde.
2- Ética e as relações interpessoais	Ética e Bioética no contexto sociais- cultural Brasileiro	
3- O SUS e a Vigilância em Saúde	O arcabouço teórico e legal da Vigilância em Saúde no SUS Conhecer a vigilância em saúde: conceito de saúde e as respectivas áreas A organização da rede de serviços de saúde Estrutura e organização do SUS: legislação, políticas e gestão da saúde e da vigilância em saúde	
4- O Processo de trabalho da Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde e Atenção Primária na integralidade do cuidado e no contexto das Redes de Atenção. Política Nacional de Atenção Básica. Conceitos e atribuições dos níveis de atenção à saúde. Políticas públicas vigentes relacionadas a Vigilância em Saúde (Politica Nacional de Vigilância em Saúde e suas Portarias e Decretos)	

Módulo II – Território

Competências:

- Organizar e gerir o processo de trabalho da vigilância em saúde utilizando dados e informações para identificar e intervir em situações de risco, de vulnerabilidade e de sustentabilidade de grupos populacionais e ambientes, conforme normas e protocolos estabelecidos pela União, estados e municípios.
- Articular população, trabalhadores e serviços da saúde e de outras áreas do território de referência para programar ações e intervenções intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
1- Território e a Vigilância em Saúde	História, conceitos e estruturas operacionais da vigilância em saúde. Territorialização: conceitos, métodos, técnicas e práticas. Geoprocessamento em saúde: conceitos, métodos e técnicas.	Reconhecer no território as possibilidades, identificando singularidades positivas e/ou negativas, a partir de situações observadas em seu território população. Mapear e referenciar geograficamente agravos, fatores de risco e outras informações relevantes para a saúde humana. Selecionar e analisar fontes de dados e informações de interesse para a organização do processo de trabalho. Articular fluxos de informação para a organização do processo de trabalho. Selecionar e analisar fontes de dados e informações de interesse para a organização do processo de trabalho. Operar sistemas de informação de interesse para a área de vigilância em saúde. Acessar informações socioeconômicas e outras fontes (IBGE, Datasus). Identificar e conhecer as diferentes fontes de dados, transformando numa informação de relevância para direcionar o processo de trabalho. Utilizar as ferramentas da vigilância em saúde para realizar uma análise situacional.
2 – A informação como subsídio para a tomada de decisão e as ações de Vigilância em Saúde / Atenção Primária	A informação para tomada de decisão. Análise de risco em saúde. Sistemas de Informação. Os principais sistemas de informação para o trabalho da vigilância em saúde O geoprocessamento e os sistemas de informação geográfica.	
3 - As ferramentas de trabalho da Vigilância em Saúde – A análise da situação de saúde e a carga de doença	Epidemiologia como ferramenta de trabalho : conceito, descritiva e analítica, etapas, métodos e aplicação de medidas de intervenção, conceitos de risco, surto, determinantes e condicionantes em saúde, vulnerabilidade e indicadores de saúde, conceitos de agravos, de doença, de eventos adversos e de queixa técnica; Metodologia de Pesquisa em Saúde (Métodos quantitativos, qualitativos e triangulação).	

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
	Quadro sanitário e demográfico brasileiro. Principais agravos; doenças emergentes, re-emergentes e doenças negligenciadas. Desigualdades sociais nos sistemas de saúde público e privado	Analisar situação de saúde e elaborar plano operacional para o desenvolvimento do trabalho. Reconhecer a importância da análise da situação de saúde para o planejamento das ações de saúde. Identificar os problemas e as necessidades de saúde da população de sua área de atuação para desenvolver ações eficazes, eficientes e resolutivas.

Módulo III – Políticas, Planejamento e Organização

Competência:

Executar ações e procedimentos técnicos específicos, complementares e compartilhados no sentido da proteção, prevenção e controle de doenças e de agravos e riscos relacionados a produtos, ambientes, serviços de saúde e outros serviços de interesse da saúde.

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
1 - Política Nacional de Saúde	Conceitos, fundamentos e princípios Política Nacional de Promoção da Saúde Política nacional de Atenção Básica Política Nacional de Educação Permanente	Relacionar a Vigilância Sanitária no contexto da saúde pública à dimensão educativa e à cidadania. Identificar as necessidades e problemas de saúde no território Identificar no território de atuação as situações de risco sanitário em interface com a Atenção Primária. Desenvolver em conjunto com a Atenção Primária ações que visem a eliminação ou redução dos riscos sanitários no território de atuação. Utilizar as informações para a formulação e execução de proposta de intervenção (planos, projetos, estratégias e ações) por meio da ação dialogada e comunicativa e da pactuação de interesses políticos-sociais para mudanças de práticas sanitárias.
2 - Política de Vigilância em Saúde	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	
3 - Planejamento em Saúde	Programação locorregional das ações da vigilância em saúde	

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
	Instrumentos de Gestão (Pacto pela Saúde, PDR, PDI, PAVS, Relatório de Gestão, Plano Estadual e Municipal de Saúde, PDVISA, Planos de ação de Visa) Monitoramento e avaliação. Base de dados e informações para o planejamento, programação, monitoramento e avaliação em vigilância em saúde.	Compreender a necessidade de transformação das práticas e das organizações de saúde para o alcance de maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade das ações, bem como contribuir para o desenvolvimento de atitudes necessárias ao desempenho ético da vigilância de serviços de saúde. Identificar queixas e demandas. Desenvolver soluções coletivas e individuais para os problemas de acordo com as demandas. Estabelecer e manter articulação com a Atenção Primária, de acordo com as demandas específicas verificadas no território de atuação.
4 – Organização dos processos de trabalho da vigilância em Saúde	Redes de Atenção em Saúde Trabalho em equipe Integração e intersetorialidade Ações programáticas/pactuadas Desenvolvimento local integrado e sustentável; Municípios/comunidades saudáveis, Escolas promotoras da saúde e Ambientes de trabalho saudáveis. Redes sociais e Movimentos sociais.	

Módulo IV – Ações, procedimentos e intervenções da área da vigilância em saúde

Competência:

- Executar ações e procedimentos técnicos específicos, complementares e compartilhados no sentido da proteção, prevenção e controle de doenças e de agravos e riscos relacionados a produtos, ambientes, serviços de saúde e outros serviços de interesse da saúde.

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
1 – Vigilância de Agravos e Doenças	Vigilância das Doenças Transmissíveis Da notificação ao encerramento do caso. Imunização e as doenças imunopreviníveis Monitoramento da ocorrência de casos (endemias/ epidemias/ pandemia) Emergências e urgências em saúde publica: regulamento sanitário internacional, rede de informações estratégicas em saúde e sua inserção nas rede de atenção a saúde Apoio Laboratorial na Vigilância em Saúde Doenças transmissíveis e a sua relevância epidemiológica no estado de MG Doenças e Agravos não Transmissíveis A vigilância das doenças crônicas e dos seus fatores de risco A vigilância das causas externas e violência.	Descrever a dinâmica da transmissão das doenças. Identificar áreas de risco. Identificar quais as doenças de notificação compulsória estadual, nacional e internacional e notificação imediata. Descrever as doenças. Explicar a importância da notificação de doenças transmissíveis para a Vigilância em Saúde. Identificar os principais componentes e procedimentos da vigilância de doenças transmissíveis. Identificar o perfil e monitorar as doenças em caso de endemia / epidemia/ pandemia e aprender a utilizar o apoio laboratorial nos casos necessários. Explicar a vigilância das DANT e seus fatores de risco. Reconhecer o ambiente como fator importante para preservação da saúde. Utilizar mapas para a avaliação de riscos ambientais.
2 - Vigilância Ambiental	A Vigilância Ambiental e seus fatores de risco: biologicos, quimicos e fisicos A Política de Vigilância Ambiental em Minas Gerais Vigilância de água e solo Vigilância de artrópodes, animais peçonhentos, hospedeiros e reservatórios animais de doenças Vigilância de canídeos e felinos	Cadastrar fontes de abastecimento de água para o consumo humano. Utilizar técnicas de coleta, acondicionamento e remessa de diferentes tipos e classes de amostras para análise (água, solo e outras de interesse da saúde). Coletar e enviar amostras de água para análise. Cadastrar áreas com populações expostas ao solo contaminado.

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
2 - Vigilância Ambiental	Vigilância em zoonoses, arboviroses, ectoparasitoses	Identificar e descrever os agravos relacionados a qualidade de água, ar, solo e aos desastres naturais e acidentes com os produtos perigosos. Relacionar a Vigilância Sanitária no contexto da saúde pública à dimensão educativa e à cidadania. Aplicar oportuna e pertinentemente a legislação sanitária para fins de cadastro, monitoramento e fiscalização de produtos, serviços de saúde, ambientes (incluindo o de trabalho) e outros de interesse da saúde. Identificar no território de atuação as situações de risco sanitário em interface com a Atenção Primária. Desenvolver em conjunto com a Atenção Primária ações que visem a eliminação ou redução dos riscos sanitários no território de atuação. Compreender a necessidade de transformação das práticas e das organizações de saúde para o alcance de maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade das ações, bem como contribuir para o desenvolvimento de atitudes necessárias ao desempenho ético da vigilância de serviços de saúde. Reconhecer no contexto da Vigilância em Saúde, a área da Saúde do Trabalhador. Identificar queixas e demandas. Reconhecer e vigiar locais onde há situação de risco no trabalho, em sua área de atuação. Identificar diferentes vínculos laborais. Desenvolver soluções coletivas e individuais para os problemas relacionados à população trabalhadora.
3 – Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde	Conceito, competências e área de atuação da VISA; VISA no Brasil - Evolução histórica; Direito Sanitário - Base legal da VISA; Planejamento e programação em VISA - Instrumento de legalização das ações de VISA (Plano Municipal, Programação anual das ações de VISA, Plano de Ação e outros instrumentos de avaliação das ações de VISA); VISA no contexto do SUS - Território; Risco Sanitário - Prevenção e promoção da saúde - intervenção no processo saúde-doença; VISA no contexto do novo modelo de Vigilância em Saúde e Integração com a Atenção Primária (ações articuladas e integralizadas - território único de atuação); Sistema de Informação - Importância e o papel da informação (produtos, análise e interação dos sistemas de informação como subsídio para planejamento e intervenção); Comunicação em VISA - o conhecimento, a democratização e a eficácia da informação; Controle Social - interação entre a população e a VISA no exercício da cidadania e consciência sanitária;	
4 -Vigilância nos Ambientes de Trabalho	Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde Aspectos históricos, conceituais e marcos regulatórios Politica Nacional de Saúde do Trabalhador e a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)	

Unidades Didáticas	Saber-saber (conhecimento)	Saber-fazer (habilidade)
4 -Vigilância nos Ambientes de Trabalho	Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Minas Gerais Aspectos organizacionais Papel das instâncias regionais da SES-MG na implementação da Politica de Saúde do Trabalhador Papel dos Centros de Referencia em Saúde do Trabalhador (CEREST) na implementação da Politica de Saúde do Trabalhador Papel dos municípios na implementação da Politica de Saúde do Trabalhador Planejamento das ações de Saúde do Trabalhador em Minas Gerais Vigilância em Saúde do Trabalhador Diagnostico estratégico-situacional em saúde do trabalhador Vigilância epidemiológica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho Vigilância dos ambientes de trabalho Gestão da informação	Estabelecer e manter articulação com a Atenção Primária, de acordo com as demandas específicas verificadas no território de atuação.

Saber ser ético-profissional (atitudes, valores, habilidades socioafetivas)

O saber ser ético-profissional perpassa transversalmente aos saberes (saber fazer e saber saber) que constituem as competências.

Esse saber incorpora: compreensão respeitosa, responsável, sensível e solidária, considerando a diversidade sociocultural; relação dialógica, crítica e autônoma com a equipe de trabalho, outros setores da área da saúde e com a população; atuação criativa, oportuna e com pertinência técnica, científica e política; comunicação clara e compromissada com a melhoria da qualidade de vida e com a preservação dos bens e do ambiente; atuação pautada na saúde como um direito e como um bem público.

REGIMENTO DO CURSO

1) FREQUÊNCIA

A frequência será considerada em todas as atividades escolares que se realizam em sala de aula e em outros locais adequados a trabalhos teóricos e práticos, visando a plenitude da formação de cada aluno.

O controle de frequência fica a cargo da ESP/MG através dos docentes e tem por objetivo o registro da presença do aluno nas atividades escolares programadas, das quais está obrigado a praticar, no mínimo, 75% do total da carga horária prevista em cada unidade didática, para aprovação, em relação as atividades teórico-práticas.

2) APROVEITAMENTO DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) poderá aproveitar conhecimentos e experiências anteriores, desde que diretamente relacionados com o perfil profissional de conclusão do curso.

Para o curso de Técnico em Vigilância em Saúde poderão ser aproveitados conhecimentos e experiências adquiridos, mediante avaliação do currículo escolar e nas seguintes situações:

I. Em qualificações profissionais e etapas ou módulos de nível técnico, concluídos em outros cursos;
II. Em cursos de educação profissional de nível fundamental, mediante avaliação do aluno;
III. No trabalho ou por outros meios informais, mediante avaliação do aluno e reconhecidos em processos formais de certificação profissional, independente do tempo transcorrido entre a conclusão do curso anterior e o início do atual.

O aproveitamento de estudos de disciplinas de caráter profissionalizante cursados na parte diversificada do ensino médio, se dará no limite de 25% (vinte e cinco por cento) do total da carga horária mínima do curso, independente de exames especiais, desde que diretamente relacionadas com o perfil de conclusão da qualificação ou habilitação a ser cursada pelo aluno.

O aproveitamento de estudos terá validade somente de disciplinas cursadas até cinco anos a partir da data que o aluno interrompeu o seguimento da atividade educacional. No Histórico Escolar do aluno deverá constar informações sobre o aproveitamento de conhecimentos e experiências.

3) CALENDÁRIO ESCOLAR

O calendário escolar terá por finalidade a previsão dos dias letivos necessários à realização das atividades curriculares dos cursos.

Poderá ser modificado a qualquer tempo, adequando-se às necessidades, desde que não haja comprometimento da carga horária estabelecida para o curso.

O início e o término do curso independem do ano civil.

4) PROCESSO DE SELEÇÃO E ADMISSÃO

O curso Técnico em Vigilância em Saúde observará os seguintes pré-requisitos:

I. Ter concluído o ensino médio.
II. Ser profissional de nível médio que em atividade no Sistema Único de Saúde, preferencialmente com vínculo efetivo, e que exerça função na rede de atenção básica ou em qualquer Unidade de Serviço do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - SNVS ou do Sinavisa.

5) MATRÍCULA

A matrícula nesta atividade educacional será efetuada em data a ser informada pela Secretaria de Ensino da ESP/MG e dar-se-á de acordo com as normas legais vigentes. As matrículas serão processadas pela Secretaria de Ensino.

No ato da matrícula, os alunos deverão apresentar à Secretaria de Ensino os seguintes documentos:

I. Certidão de nascimento ou casamento; (xerox)
II. Carteira de identidade; (xerox)
III. CPF; (xerox)
IV. Prova de quitação com o serviço militar, quando for o caso; (xerox)
V. Comprovante de escolaridade compatível com a qualificação ou habilitação profissional a ser cursada; (original)
VI. Uma foto 3x4.
VII. Título de eleitor
VIII. Ficha de inscrição preenchida. (xerox)

Para os cursos com inscrição "online", esta deverá ser realizada pelo coordenador local (centralizado e/ou descentralizado), mediante apresentação da documentação completa apresentada pelo aluno.

A não apresentação de qualquer documento exigido resultará em impedimento da matrícula.

Serão admitidos à inscrição os candidatos que preencherem os requisitos legais de idade e escolaridade.

A Direção da ESP-MG poderá cancelar a matrícula, por iniciativa própria, quando:

- Forem apresentados documentos falsos ou decorrentes de comprovada má fé;
- O aluno praticar infração grave, devidamente comprovada e analisada pela Direção Geral.

Não haverá matrícula de aluno-ouvinte nem matrícula condicional.

6) ATENDIMENTO DE ALUNOS EM SITUAÇÃO ESPECIAL

Aos alunos que, em razão de grave doença se encontrarem nas situações previstas no Decreto Lei nº 1.044, de 21/10/69, ou em estado de gestação (Lei nº 6.202, de 17/04/197) após requerimento comprovado por laudo médico, poderá obter autorização de atendimento especial, observadas as seguintes condições:

I. dispensa de frequência enquanto perdurar comprovadamente a situação excepcional;
II. realização, em domicílio, de atividades educativas equivalentes às desenvolvidas no curso, com a correspondente avaliação da aprendizagem.

7) DIPLOMAS E CERTIFICADOS

Os Diplomas serão expedidos em consonância com as disposições legais do Regimento da ESP/MG.

A expedição de Diploma estará sempre condicionada à conclusão da habilitação profissional de técnico e à conclusão do ensino médio.

8) ESCRITURAÇÃO ESCOLAR

A ESP/MG possuirá os livros de escrituração escolar, os impressos, os formulários e documentos escolares que forem determinados pelo Sistema Estadual de Ensino, devidamente adaptados às peculiaridades dos cursos ministrados.

São responsabilidades diretas do (a) Secretário (a) de Ensino e do (a) Diretor (a) Geral, a autenticidade e a regularidade da escrituração e dos arquivos escolares da ESP/MG, pelos quais respondem, na forma da Lei, perante os Poderes Públicos.

Os documentos escolares das turmas descentralizadas serão sempre recolhidos à guarda da ESP/MG.

9) CORPO DOCENTE E DISCENTE

9.1 CORPO DOCENTE

O corpo docente do Curso Técnico em Vigilância em Saúde é constituído pelos profissionais recrutados externamente através de credenciamento na Instituição, observada a legislação vigente.

O corpo docente será constituído, prioritariamente, por profissionais que atuam na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

São direitos dos docentes, além daqueles que decorrem da legislação de ensino:

I. Requisitar o material didático necessário ao desenvolvimento de suas atividades docentes, dentro das possibilidades da ESP-MG;
II. Utilizar-se do acervo bibliográfico, do material de informática, das salas ambientes das dependências da ESP-MG;
III. Participar da elaboração dos conteúdos curriculares;
IV. Valer-se, com o conhecimento da Direção, dos serviços auxiliares da ESP-MG;
V. Ser tratado com urbanidade e respeito pelo pessoal da ESP-MG.

São deveres dos docentes, além dos que decorrem da legislação de ensino e demais leis do país:

I. Participar de qualificação pedagógica promovida pela ESP-MG;
II. Comparecer a ESP-MG no horário de suas aulas;
III. Participar das reuniões do Conselho de Classe e das Supervisões Pedagógicas;
IV. Cumprir seu programa de trabalho;
V. Realizar o controle de frequência dos alunos;
VI. Acompanhar e avaliar a aprendizagem e o desempenho dos alunos, de acordo com o sistema e os instrumentos estabelecidos pela ESP-MG;
VII. Apresentar em tempo hábil, à Secretaria Escolar, toda a escrituração sob sua responsabilidade;
VIII. Respeitar a hierarquia técnico-administrativa;
IX. Desenvolver o espírito de colaboração e solidariedade, integrando-se à vida da Escola e da sua comunidade;
X. Zelar pelo bom nome da ESP-MG e pelo seu patrimônio;
XI. Registrar no Sistema de Gestão Integrada - Módulo Acadêmico: frequência, conceitos e outras informações necessárias, referentes a sua atividade;
XII. Desempenhar outras atividades no âmbito de sua competência.

Nas turmas descentralizadas, os deveres devem ser observados, também, em relação ao local onde está sendo realizado o curso.

9.2 CORPO DISCENTE

São considerados alunos da ESP-MG, conforme seu Regimento Escolar, os regularmente matriculados em suas atividades educacionais.

Os alunos, no ato da matrícula, deverão tomar conhecimento da programação curricular e das normas de funcionamento desta atividade educacional e do presente Regulamento de Curso.

Constituem direitos dos alunos:

I. Os que decorrem da legislação do ensino e do Regimento da ESP/MG;
II. Participar de todas as atividades escolares destinadas a sua formação;
III. Ser tratados com atenção e urbanidade por Diretores, Coordenadores, Professores e demais funcionários da ESP-MG;
VII. Representar, em termos e por escrito, contra atos, atitudes, omissões ou deficiências de Professores, Diretores, funcionários e serviço do estabelecimento;
IX. Utilizar-se dos livros da Biblioteca, nos termos do regulamento e normas próprias;
X. Utilizar-se das instalações e dependências do estabelecimento que lhes forem necessários, na forma e nos horários a eles reservados;
XI. Solicitar realização de atividades escolares em outras datas, mediante requerimento ao docente e/ou coordenador;
XII. Requerer cancelamento de matrícula, nos termos do Regimento da ESP/MG.
São deveres do aluno, além dos que decorrem da legislação do ensino e demais leis do país:

I. Os que decorrem do Regimento da ESP/MG;
II. Atender ao regime administrativo, didático e disciplinar, bem como à organização escolar;
III. Frequentar com assiduidade as aulas e demais atividades escolares;
IV. Cumprir as determinações da Direção, dos Coordenadores, dos Professores e demais funcionários, nas respectivas esferas de competência;
V. Zelar pela limpeza e conservação das instalações, dependências, material, imóveis, utensílios e equipamentos, ressarcindo o estabelecimento dos prejuízos que causarem;
VI. Tratar com urbanidade e respeito os Diretores, professores, autoridades de ensino, funcionários e colegas;

Nas turmas descentralizadas, os deveres devem ser observados, também, em relação ao local onde está sendo realizado o curso.

Não será permitido ao aluno:
- usar indevidamente o nome, logomarca, as iniciais ou qualquer símbolo da ESP-MG;
- usar o nome da Instituição, sem a devida autorização, para promover coletas, rifas ou qualquer outra atividade dessa natureza.

Por ato de indisciplina, o aluno estará sujeito às seguintes penalidades:

I. Advertência reservada;
II. Advertência por escrito;
III. Retirada da sala, na aula em que se registrou o ato de indisciplina;
IV. Suspensão de parte ou de todas as atividades escolares, ficando sujeito aos processos de avaliação;
V. Eliminação do estabelecimento, com cancelamento da matrícula.

Antes da aplicação das penalidades previstas nos itens IV e V dar-se-á ao aluno a oportunidade e o direito de defesa.

9.3 REGIME DISCIPLINAR

O regime disciplinar será o decorrente das disposições legais e do Regimento da ESP/MG, aplicáveis em cada caso.

10) DISPOSIÇÕES FINAIS

Os casos omissos ou não previstos neste Regimento deverão ser resolvidos pela Direção da ESP-MG, consultando, se necessário, os órgãos estaduais competentes.

O Regimento da ESP/MG poderá ser alterado, sempre que conveniências didático-pedagógicas ou de ordem disciplinar e/ou administrativa assim o indicarem, fazendo-se a devida comunicação aos órgãos competentes.

PARTE 2
ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

Serão apresentadas a seguir as sugestões de atividades pedagógicas a serem realizadas em sala de aula correspondente a Unidade de Estudo 1 do Módulo I – Saúde, Políticas Públicas e o SUS.

Essa Unidade de Estudo está articuldada a um conjunto de atividades, de forma a propiciar o engajamento dos alunos no processo de aquisição de novos conhecimentos que favoreçam a reflexão sobre o seu contexto e as políticas públicas de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse guia contém descrição detalhada das atividades, incluindo dinâmicas e textos de estudo para os alunos, referências bibliográficas de apoio ao docente, bem como atividades relacionadas a conhecimento prévio e avaliações.

UNIDADE 1

SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E O SUS

AULA INAUGURAL

.....

Tempo estimado: 3 horas

Momento reservado para a apresentação do curso técnico em Vigilância em Saúde.

ATIVIDADE 1

APRESENTAÇÃO DA TURMA E DIAGNÓSTICO INICIAL

.....

Tempo estimado: 1 hora e 15 minutos

Objetivos

- Apresentar a turma e o professor.
- Apresentar sucintamente o que será trabalhado no Módulo I e diagnosticar conhecimento prévio da turma acerca do conteúdo.

Material

- Nenhum

ATIVIDADE 2

APRESENTAÇÃO DO CURSO

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Apresentar o curso, abordando a estrutura curricular, metodologia pedagógica, critérios para avaliação dos alunos, regimento do curso.
- Promover uma reflexão sobre o itinerário do curso e informar as competências, habilidades e conhecimentos da Unidade 1 do Módulo I.

Material

- Parte 1 do Guia curricular.
- Slides.

ATIVIDADE 3

EXPOSIÇÃO DIALOGADA SOBRE A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo
- Compreender a evolução histórica das Políticas de Saúde no Brasil.

Material
- Nenhum

ATIVIDADE 4

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivo
- Aprofundar na evolução histórica das Políticas de Saúde no Brasil.

Material
- Papel A4; papel Kraft e pincel atômico.

TEXTO DE APOIO

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL[1]

Francisco de Assis Acurcio[2]

Este texto tem por objetivo discutir a evolução das políticas de saúde no Brasil, como subsídio para uma melhor compreensão dos aspectos históricos que influenciaram a conformação de um sistema de saúde no Brasil reconhecidamente ineficaz e ineficiente no enfrentamento dos problemas de saúde da população. Esta situação crítica impôs a necessidade de mudanças nesse sistema e desencadeou o processo de implementação da reforma sanitária no Brasil, que tem como perspectiva fundamental a construção do Sistema Único de Saúde.

Para esta análise histórica serão apresentados, organizados por períodos, excertos de vários outros textos de autores que se ocuparam deste tema, com a finalidade de apresentar uma síntese de contribuições que

[1]Texto disponível em: http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm. Acesso em 21 set 2011.
[2]Professor do Departamento de Farmácia Social -Faculdade de Farmácia-UFMG - Doutor em Epidemiologia, Médico.

julgamos significativas para o debate sobre as políticas de saúde no Brasil.

Iniciaremos a discussão abordando a concepção de **políticas públicas**, onde se inserem as políticas de saúde:

> "Entendemos as políticas públicas como sendo o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotado pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.
>
> Ao responder, o Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter (social, de saúde, policial etc.), lança mão de instrumentos para seu equacionamento, define responsabilidades (ministérios, Congresso, Judiciário etc.) e adota, ou não, planos de trabalho ou programas" (Teixeira, 1997)

Portanto as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los. Cabe então perguntar como o Estado atribui ao problema maior ou menor importância, ou seja, como o Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período?

> "(...)As diversas definições de políticas públicas atendem a diversos objetivos de estudo. Para os estudos sobre a história das políticas, pode ser útil adotar definições bastante genéricas, como a de Lemieux, que a concebe como '(...)tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades' (apud Vianna, 1997:207). Ao falar em tentativa, Lemieux pretende enfatizar que '(...)o ato de normatizar uma situação pode ser visto de diferentes formas pelos atores sociais envolvidos com uma determinada política. Um problema público pode ser considerado, ao mesmo tempo, como excessivamente regulado por um dos atores e não regulado por outro, dependendo do tipo de interferência que este problema tenha sobre a vida de cada um' (apud Vianna, 1997:207).
>
> Uma definição desse tipo ressalta que as políticas públicas são sempre objeto de disputa entre diversos grupos, disputa que estende-se a própria decisão do que deve ser considerado em certo momento como um problema público e, portanto, deve ser alvo da ação regulatória do Estado. Em outros termos, há uma agenda de problemas públicos, isto é, problemas que devem ser alvo de políticas públicas, agenda esta que é continuamente negociada, tanto no que concerne à eventual inclusão de um novo tema no conjunto de problemas públicos, como no que se refere à sua importância relativa no interior da agenda. Da mesma forma que se pode falar em uma agenda das políticas públicas em geral, pode-se falar em agendas específicas de cada instituição ou agência que compõe o Estado nos mais diversos níveis de governo. Aqui também ocorrem demandas pela modificação da agenda dessas diferentes instituições governamentais. (...)É nesse sentido que podemos compreender qualquer política pública como uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade" (Mattos, 1999).

Aqui, aparece um conceito importante para o entendimento do processo de implementação de políticas públicas, que é o conceito de **ator social**, "(...) entendido como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto. O conceito de **problema** também é fundamental (...). Pode-se entender como problema uma necessidade não satisfeita, desde que se tenha consciência desta e o desejo de satisfazê-la. Cabe observar que, em determinadas situações, o que é problema para um ator pode ser oportunidade para outro". (Acurcio et al., 1998)

Portanto, a elaboração, implementação e resultados obtidos por determinada política pública tem estreita relação com a disputa de projetos dos diversos atores sociais interessados no(s) problema(s) a ser(em) enfrentado(s) por esta política. Assim, cada ator social ao escolher o(s) problema(s), delimitá-lo(s) e construir as estratégias de ação a serem desenvolvidas no âmbito institucional, expressa um projeto de política, articu-

lado à determinadas forças sociais.

"A política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política etc" (CEFOR, s.d.). O êxito e o grau de implementação de seu(s) projeto(s) dá a dimensão da capacidade de determinados atores/forças sociais influenciarem a política de saúde em um contexto histórico, em detrimento de outros atores e projetos.

> Sendo assim, pode ser útil "recuperar a dimensão simbólica da cidadania, enquanto valor a orientar (ou não) as opções políticas dos sujeitos sociais fundamentais quanto à elaboração, implementação e/ou reivindicação de políticas sociais. (...) A idéia da cidadania ocupa um lugar central no ideário e na institucionalidade política democráticas, por sua associação com o valor da liberdade e com os direitos dele derivados. (...) Em sua versão liberal-democrática, a idéia da cidadania foi , talvez, mais bem sistematizada por T.H. Marshall, que a compreende como um composto de três elementos: civil, político e social. Os direitos que materializam a liberdade individual ('liberdade de ir e vir, de imprensa, de pensamento e fé, direito à propriedade, a concluir contratos válidos e de defender e afirmar todos os direitos em termos de direito à justiça') constituem o núcleo civil da cidadania, que tem por fiadores os tribunais. No campo político, afirma-se o 'direito à participação no exercício do poder', como 'membro ou eleitor dos membros das instituições investidas de poder político, como o Parlamento e demais câmaras representativas ou conselhos de governo'. Já os direitos sociais não envolvem definição precisa, pois estão relacionados ao padrão de desenvolvimento das sociedades, implicando desde o 'direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança' até o direito à 'participação total' nos níveis de 'vida civilizada' prevalentes em cada sociedade. Direitos que se exercem, fundamentalmente, através do sistema educacional e dos serviços sociais." (Leite, 1991)

> "Debatido e criticado, mas igualmente difundido e arraigado, o chamado Welfare State é uma referência indispensável para se pensar o Estado contemporâneo. Quase todos os países possuem mecanismos públicos de proteção social. De um ponto de vista formal, eles se assemelham muito (são, em geral programas previdenciários, assistenciais e de saúde); porém quando examinados sob a ótica de como operam (formas de financiamento, cobertura, tipos de programas, acesso etc), se diversificam em inúmeras modalidades. (...) É política, entretanto, a dimensão essencial à própria existência do Welfare State: a constituição de uma esfera pública inclusiva. A mobilização popular por direitos sociais esbarra em obstáculos tão mais graves quanto menos a sociedade se apresenta integrada politicamente. 'Estar no mesmo barco', noção (compartilhada por todos) que embasa a solidariedade do Welfare State social-democrático, segundo Esping-Andersen, requer que todos realmente estejam, e se reconheçam como estando, no mesmo barco. (...) A despeito do aparente etnocentrismo de suas formulações (a cronologia inglesa, que descreve, pode ser entendida até como metáfora), Marshall fornece um quadro conceitual valioso quando concebe cidadania como incorporação progressiva de direitos civis, políticos e sociais. O suposto básico não é que, para tornar-se efetiva, a cidadania tenha que seguir formalmente aqueles passos, e sim que a efetividade da cidadania significa a amplificação da medida de igualdade representada pelo pertencimento à comunidade, que se estende (a todos) e se enriquece (pelos ditos direitos). 'A cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais em relação aos direitos e obrigações pertinentes ao status' (...) Marshal descreveu uma seqüência de expansão das prerrogativas (civis, políticas e sociais). Ela tem importância, na medida que se entenda a cidadania como contrapartida do Welfare State" (Vianna, 1991).

As profundas, amplas e velozes transformações observadas no mundo ao longo das últimas três décadas, principalmente àquelas originadas no campo da política e economia e denominadas de “globalização” , têm evidenciado a necessidade de transformação do Estado e por conseqüência produzido um acalorado debate sobre a abrangência e direcionalidade das políticas públicas.

> “ O reconhecimento desta necessidade está longe de significar o perfilhamento aos argumentos do discurso neo-liberal que presidiu o debate na década anterior, preconizando a devolução ao mercado

não apenas das funções produtivas como também de muitas funções regulatórias e, em particular, a ruptura com o padrão de solidariedade que caracterizou a organização social e orientou a intervenção estatal até o fim dos anos setenta (...) e que se convencionou chamar 'Welfare State' (...) Desde os primeiros momentos do processo de transformação produtiva, quando a crise do padrão fordista se explicitou, o Welfare State foi responsabilizado pelas dificuldades financeiras com que se defrontavam os diversos Estados nacionais. A crise de financiamento apontava caminhos que envolviam a restrição de direitos sociais e de benefícios como única alternativa de sua superação, e a maior parte das medidas de política, em diferentes países, se pautou por este diagnóstico.(...) No entanto, se nos países desenvolvidos a reorganização do Estado tem se realizado sem que os direitos sociais sejam afetados em seus aspectos essenciais, a questão assume outros contornos em países como o Brasil, em que a crise no plano econômico se associou a uma crise do regime político, coincidindo com o início do processo tardio de construção da cidadania. Aqui, as conquistas ainda estão se consolidando e suas forças sociais de sustentação têm densidade que pode ser ainda insuficiente para sustentá-las. (...) Construir o NOVO significa buscar estratégias viabilizadoras de políticas públicas includentes, tendentes à universalização, direcionadas à construção de uma sociedade mais equânime e menos desigual, enfrentando as tendências, e não subordinando-se a elas. (...) Mais do que hospitais, o que precisa ser assegurado aos cidadãos é qualidade de vida. Essa é mais uma das razões pelas quais a existência de um sistema público estatal de atenção à saúde é importante numa sociedade como a brasileira. Ele deve ser também um espaço catalizador de ações multisetoriais, promotor da articulação das políticas públicas necessárias para assegurar a saúde e interromper os ciclos de transmissão de doenças. (...) Numa sociedade que tem os níveis de exclusão da nossa, em que pelos menos vinte por cento da população sobrevive em condições extremamente precárias, em decorrência de um processo histórico de desenvolvimento que produziu uma das mais desiguais distribuições de renda do mundo, a garantia do direito à saúde não pode prescindir de uma estratégia integrada de ação estatal. E se pensarmos nas possibilidades de agravamento desse quadro determinadas pelo processo de transformação da economia mundial num futuro próximo, mais importante ainda se afigurará a ação estatal no equacionamento da questão social. (...) Nesse contexto, que características deve ter o sistema de saúde para que a população brasileira possa exercer o seu direito?

- Deve ser acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou de sua forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho;
- Deve ser capaz de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico, garantindo a adequação das ações às demandas postas pelos diferentes quadros sanitários, nas diversas regiões do país;
- Deve ter como objetivo a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença;
- Deve operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde e oferecendo serviços de boa qualidade;
- Deve, para assegurar tudo isso, contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais.

Em resumo, acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização, participação social. Exatamente o que a legislação brasileira hoje em vigor – e ainda não inteiramente implementada propõe para o SUS." (Barros, 1996)

"O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS." (Cunha & Cunha, 1998)

Nesta perspectiva, passamos a discutir alguns aspectos fundamentais da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, neste século, sintetizados de acordo com seu período de ocorrência .

A primeira república (1889 – 1930)

"Durante a República Velha (1889-1930) o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htmera o principal setor da economia, dando aos fazendeiros paulistas grande poder de decisão na administração federal. (...) Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX" (Bertolli Filho, 1996)

"(...) com a abolição da escravidão em 1888, consolidou-se o processo de substituição da mão de obra escrava pela assalariada, de origem européia. (...) Na indústria nascente também utilizou-se mão de obra européia, que chegou da Europa carregada de idéias anarquistas. Foram freqüentes os protestos e greves neste período. No que se refere à situação de saúde, as epidemias continuavam a matar a escassa população, diminuindo o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil. Por isso, o governo da época foi obrigado a adotar algumas medidas para melhorar esta situação" (CEFOR, s.d.)

"Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.(...) Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social." (Luz, 1991)

"A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves." (Bertolli Filho, 1996)

"A oposição ao modo como eram feitas (as campanhas) pode ser evidenciada na revolta contra a vacina obrigatória (contra varíola), em 1904. Liderados por um grupo de cadetes positivistas que eram oposição ao governo, muitos se revoltaram acusando o governo de despótico, de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça de bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força. A revolta é reprimida pois a questão saúde ainda era concebida como uma questão policial" (CEFOR, s.d.)

"Impressionado e desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos." (Bertolli Filho, 1996)

"No campo da assistência médica individual, as classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos 'médicos de família'. O restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira". (CEFOR, s.d.)

"O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá enquanto decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira. Em 1923 é promulgada a lei Eloy Chaves, que para alguns autores pode ser

definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. No período compreendido entre 1923 e 1930 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo previdenciário dos anos 20 a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período, o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior" (Cunha & Cunha, 1998)

A Era Vargas (1930 – 1945)

"A revolução de 1930 marcou o fim da hegemonia política da classe dominante ligada à exportação do café. A crise de 1929 afetou as exportações, provocando uma enorme queda nos preços do café. O governo, impossibilitado de continuar a exercer a política de proteção aos preços do café, devido à crise que afetava os cofres públicos, estava perdendo legitimidade. Assim, em 1930 ocorreu a revolução, liderada por frações da classe dominante que não estavam ligadas à exportação de café. Além disso, o movimento contou com o forte apoio de camadas médias urbanas, como intelectuais, profissionais liberais, militares, particularmente os tenentes" (CEFOR, s.d.)

"Investido na Presidência da República pela revolução de 1930, Getúlio Vargas procurou de imediato livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Para atingir este objetivo promoveu uma ampla reforma política e administrativa (...) suspendeu a vigência da Constituição de 1891 e passou a governar por decretos até 1934, quando o Congresso Constituinte aprovou a nova Constituição. As dificuldades encontradas para governar democraticamente levaram Vargas a promover uma acirrada perseguição policial a seus opositores e aos principais líderes sindicais do país, especialmente a partir de 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo. Durante todo o seu governo – que durou até 1945 – Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas, pelas quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela 'bondade' do presidente." (Bertolli Filho, 1996)

"(...) o governo criou o Ministério do Trabalho, atrelando a ele Sindicatos e elaborou ampla legislação trabalhista. Regulamentando a relação entre o capital e o trabalho, o Estado criou condições indispensáveis para que a economia enfrentasse uma nova etapa, baseada na industrialização com objetivo de substituir importações. (...) No plano da política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivava dar um caráter nacional a esta política. Nesta época, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do pais e houve um relativo avanço da atenção à saúde para o interior, com a multiplicação dos serviços de saúde" (CEFOR, s.d.)

"Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista.(...) No período 38/45 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais." (Cunha & Cunha, 1998).

"(...)compreendendo a conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, observamos a criação dos institutos de seguridade social (institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs), organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias favorecidas pela

criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileira de então." (Luz, 1991).

"Diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado com a participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo Presidente da República. Há uma ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias não cobertas pelas CAPs anteriormente. (...) Do ponto de vista da concepção, a Previdência é claramente definida enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. (...) Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento (embora meramente formal) e na administração dos institutos, e um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a se configurar enquanto 'sócia' do Estado nos investimentos de interesse do governo." (Cunha & Cunha, 1998).

O período de redemocratização (1945 – 1964)

"A vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial teve imensa repercussão no Brasil. Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal. A partir de então e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como período de redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos.

Mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Os presidentes da República continuaram a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas mais a firmar sua imagem como 'pais do povo' do que a resolver de fato os grandes problemas da população. Os movimentos sociais, por sua vez, exigiam que os governantes cumprissem as promessas de melhorar as condições de vida, de saúde e de trabalho. Neste contexto, a década de 50 foi marcada por manifestações nacionalistas, que procuravam firmar o país como potência capaz de alcançar seu próprio desenvolvimento econômico, independente das pressões internacionais e especialmente do imperialismo norte-americano. Ao mesmo tempo, houve um forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, favorecendo a proposta desenvolvimentista, isto é, de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. Esta política teve como principal personagem o presidente Juscelino Kubitscheck, que governou o país de 1956 a 1961." (Bertolli Filho, 1996)

"No campo da saúde pública vários orgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, criado no período anterior, em 1942, em decorrência de acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, a assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção da borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2ª guerra. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria.
Neste período, os sanitaristas discutiam sobre política de saúde, refletindo o debate que acontecia sobre economia. Havia de um lado aqueles que achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas, de outros países. O SESP era um exemplo deste grupo, pois, no início, a estrutura dos serviços era sofisticada e cara, semelhante à estrutura nos Estados Unidos. De outro lado haviam os sanitaristas que buscavam uma prática articulada com a realidade nacional. Mas por muitos anos, as idéias do primeiro grupo influenciaram a prática do governo." (CEFOR, s.d.)

"Nessa mesma época o Brasil passa a ser influenciado pelas idéias de seguridade social que são ampla-

mente discutidas no cenário internacional ao final da II Guerra Mundial, em contraposição ao conceito de seguro da época anterior. (...) As ações de previdência são agora caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevaçãoção, inclusive visando esclarecimento dos servidores sobre o possível risco de queda do teto de gesso. Aguardamos orientações sobre como devemos proceder em relação ao prob das despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. (...) As explicações para tais mudanças podem ser colocadas enquanto resultado de uma tendência natural (maior número de pessoas recebendo benefícios, uma vez que esta é a época de recebimento de benefícios dos segurados incorporados no início do sistema); como também de mudanças de posições da Previdência Social (desmontagem das medidas de contenção de gastos dos anos 30/45; crescimento dos gastos com assistência médica, que sobe de 2,3% em 45 para 14,9% em 66; crescimento dos gastos com benefícios, em função do aumento de beneficiários, de mudanças nos critérios de concessão de benefícios e no valor médio destes)." (Cunha & Cunha, 1998).

"Quanto a assistência médica, os principais avanços ficaram por conta da luta dos sindicatos para que todos os IAPs prestassem assistência médica aos seus associados. Em 1960 é aprovada a lei que iguala os direitos de todos os trabalhadores, mas ela não é posta em prática. O próprio movimento sindical não via com bons olhos a unificação dos institutos pois isto poderia nivelar por baixo a qualidade dos serviços. Muitos deputados também estabeleciam seus vínculos com uma ou outra categoria, em cima da diferenciação dos institutos.

Neste período, os IAPs que possuíam recursos suficientes construíram hospitais próprios. Surgiram também os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, insatisfeitas com o atendimento do Instituto dos Industriários – IAPI. Tem-se aí a origem dos futuros convênios das empresas com grupos médicos conhecidos como 'medicina de grupo', que iriam caracterizar a previdência social posteriormente.

O período caracteriza-se também pelo investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária (centros de saúde) pois aquele era compatível com o crescente desenvolvimento da industria de equipamentos médicos e da industria farmacêutica." (CEFOR, s.d.)

"Se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como um impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964." (Luz, 1991)

O governo militar (1964 – 1980)

"No dia 31 de março de 1964, um golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas colocou fim à agonizante democracia populista. Sob o pretexto de combater o avanço do comunismo e da corrupção e garantir a segurança nacional, os militares impuseram ao país um regime ditatorial e puniram todos os indivíduos e instituições que se mostraram contrários ao movimento autoproclamado Revolução de 64. Classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantis, sindicais e religiosos, que lutavam pela melhoria das condições de saúde do povo. (...) Os generais presidentes promoveram alterações estruturais na administração pública, no sentido de uma forte centralização do poder, privilegiando a autonomia do Executivo e limitando o campo de ação dos poderes Legislativo e Judiciário. Sob a ditadura, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas, civis e militares, (...) responsáveis em boa parte pelo 'milagre econômico' que marcou o país entre 1968 e 1974. (...) Essa elevação do Produto Interno Bruto (PIB) foi resultado da

modernização da estrutura produtiva nacional, mas também, em grande parte, da política que inibiu as conquistas salariais obtidas na década de 50. Criava-se assim uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário mínimo foi sensivelmente reduzido, tornando ainda mais difícil a vida das famílias trabalhadoras." (Bertolli Filho, 1996)

"A política econômica e o forte arrocho salarial operaram intensa concentração de renda que resultou no empobrecimento da população. E esta situação se refletiu no crescimento da mortalidade e da morbidade. É quando ocorrem as epidemias de poliomielite e de meningite, sendo que as notícias sobre esta última foram censuradas nos meios de comunicação, em 1974." (CEFOR, s.d.)

"O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. (...) Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um 'fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico', o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente sua linha de atuação." (Bertolli Filho, 1996)

"Com o golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Este fato, ocorrido em 1966, marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. (...) A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade e representa uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores. O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política assistencialista anterior, ao contrário, o Estado amplia a cobertura da previdência aos trabalhadores domésticos e aos trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela Lei Orgânica da Previdência Social. Excetuando os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais eram cobertos pela Previdência Social. Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura.

Os gastos com assistência médica, que continuaram a crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União.

Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção em 70. Ao mesmo tempo, a 'contribuição do Estado' se restringia aos custos com a estrutura administrativa. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo." (Cunha & Cunha, 1998).

"No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parcos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do 'milagre brasileiro'.

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e conseqüências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva (...); o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (...). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das industrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população." (Luz, 1991)

"Ainda é neste período que é difundida a chamada medicina comunitária, com apoio da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde. A medicina comunitária propunha técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão de obra local (os agentes de saúde) e a participação da comunidade. Entre os trabalhos que buscaram a participação da comunidade na área de saúde, havia os ligados à igreja católica como o projeto de Nova Iguaçú e o de Goiás Velho, os projetos ligados às universidades, financiados por órgãos externos, como o de Londrina-PR e os projetos assumidos pelo governo como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, que objetivava a extensão dos serviços de saúde à população carente.

Em 1975, foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que apesar de conter idéias inovadoras, reforçava a dualidade do setor saúde dando ao Ministério da Saúde caráter apenas normativo e ações na área de interesse coletivo e ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado.

Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira, resultado de: 1) aumento de gastos; 2) aumento da demanda; 3) maneira como se dava o contrato com a rede médica privada, possibilitando fraudes; 4) inexistência de fiscalização dos serviços executados pela rede privada.

Assim, em 1978 houve nova tentativa de racionalização da previdência e foi criado o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (...)" (CEFOR, s.d.)

"A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social – IAPAS, além de integrar os órgãos já existentes. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência a universalização e adoção do modelo de Seguridade Social.

Neste período estão definidas as bases que permitiram a hegemonia, na década de 70, do modelo assistencial privatista. De acordo com Mendes, este modelo se assenta no seguinte tripé: a) o Estado como financiador do sistema, através da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos." (Cunha & Cunha, 1998).

As décadas de 80 e 90

"A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada sobretudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sin-

dicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras." (Bertolli Filho, 1996).

"A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática. Essas negociações colocaram em plano secundário – na verdade quase excluíram – os sindicatos e partidos de esquerda, récem-saídos da clandestinidade, apesar do seu sucesso eleitoral nos anos de 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral (clientelismo, curralismo eleitoral, financiamento de candidatos favoráveis a lobbies etc) empregados desde a Primeira República. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda." (Luz, 1991)

"Desde os anos 70, havia uma certa inquietação no interior do Estado com os gastos crescentes na saúde. (...) A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas maios complexas (encarecendo o atendimento) e a má distribuição destes recursos, tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo.

Assim, no final dos anos 70, estava demarcada a diretriz de redução de custos, mas, contraditoriamente, havia forte tendência de expansão do atendimento médico para os setores ainda não cobertos. Já no início da década, começara a surgir, ainda fora do aparato estatal, uma corrente contra-hegemônica que preconizava como proposta – para a melhoria da assistência médica no país – a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais. O movimento sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Mas é somente na década de 80 que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial.

O movimento sanitário vai ter, portanto, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

(...) Entre 1981 e setembro de 1984 o país vivencia uma crise econômica explícita, e é quando se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças de rota com o CONASP / Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária e as AIS / Ações Integradas de Saúde. Este é um momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra de hegemonia do modelo anterior." (França, 1998)

"Em 1981 foi criado o CONASP que elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica (...) que, em linhas gerais propunha melhorar a qualidade da assistência fazendo modificações no modelo privatizante (de compra de serviços médicos) tais como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela.

A partir do plano do CONASP, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde, que ficou conhecido como AIS. Tinha o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio.

Em todos estes planos, havia a ideia de integração da saúde pública com a assistência médica indivi-

dual. Era uma aspiração antiga que encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na própria burocracia do INAMPS." (CEFOR, s.d.)

"No governo da Nova República, a proposta das AIS é fortalecida e este fortalecimento passa pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com participação de usuários dos serviços de saúde.

Em 1986 é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que é definida como 'resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.' Este documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após." (Cunha & Cunha, 1998).

"Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluíndo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Esta seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

No entanto, isso não foi fácil. Vários grupos tentaram aprovar outras propostas, destacando-se duas: a dos que queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS e a dos que queriam criar no país um sistema de seguro-saúde mais ou menos parecido com o americano (que, todos sabemos, é caro e não atende a todos). Como essas alternativas não tinham muita aceitação, pois uma já tinha demonstrado que não funcionava e a outra era inviável pela questão econômica, a proposta feita pelo movimento da Reforma Sanitária teve chance e acabou sendo aprovada, ainda que com imperfeições. De qualquer forma essa foi uma grande vitória, que coloca a Constituição brasileira entre as mais avançadas do mundo no campo do direito à saúde." (Rodriguez Neto, 1994)

"Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, uma outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios.

Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população." (Cunha & Cunha, 1998).

O Sistema Único de Saúde: principais características

"Criado pela Constituição de 1988, e regulamentado dois anos depois pelas Leis no. 8080/90 e no. 8142/90, o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema." (Ministério da Saúde, 1998)

"Primeiramente, o SUS é um **sistema**, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

Depois, é **único**, isto é, tem a **mesma** doutrina, a **mesma** filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com a **mesma** sistemática.

Além disso, o SUS tem as seguintes características principais:

Deve atender a **todos**, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento.

Deve atuar de maneira **integral**, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.

Deve ser **descentralizado**, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais; e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.(...)

Deve ser **racional**. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde; ou há um aparelho altamente sofisticado, mas não há médico geral, só o especialista. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações, de acordo com o que elas precisam e não com o que alguém decide 'lá em cima'. Isso inclui a decisão sobre a necessidade de se contratar ou não serviços privados; e quando se decide pela contratação, que o contrato seja feito nesse nível, para cumprir funções bem definidas e sob controle direto da instituição pública contratante. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local. É a isso que se chama **Distrito Sanitário**.

Deve ser **eficaz e eficiente**. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisa ter qualidade. Mas não basta: é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde.

Deve ser **democrático**, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema – dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Embora a democracia possa ser exercida através de vereadores, deputados e outras autoridades eleitas, é necessário também que ela seja assegurada em cada momento de decisão sobre as questões que afetam diretamente e imediatamente a todos. Por isso, a idéia e a estratégia de organização dos Conselhos de Saúde – nacional, estaduais e municipais, para exercerem esse controle social sobre

o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais; além de Ter poder de decisão (não ser apenas consultivo).

O SUS, no entanto, não pode ser implantado 'da noite para o dia', pois as mudanças que ele propõe são muitas e complexas; assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação." (Rodriguez Neto, 1994)

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.A.,SANTOS, M.A, FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132.
BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 5-17, 1996
BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.
CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo)
CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horiozonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.
FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, v.49, n.3, p.85-100, 1998.
LEITE, M.S.P. Políticas sociais e cidadania. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 117-131, 1991
LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991
MATTOS, R.A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R., GALVÃO, J., BESSA, M.S. (orgs.) Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à aids no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Ed.34, 1999. Cap.1, p. 29-90.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 1998. 45p.
RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE.NESP. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, 1998. p.7-17.
TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (org.) Políticas, instituições e aids. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. Cap.2, p. 43-68.
VIANNA, M.L.T.W. Notas sobre política social. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 133-159, 1991.

ATIVIDADE 5

DOCUMENTÁRIO: POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM SÉCULO DE LUTA PELO DIREITO À SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Complementar o estudo da história das Políticas de Saúde no Brasil;
- Compreender a Reforma Sanitária no Brasil.

Material

- Sugestão: documentário"Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde"[3] do Diretor Renato Tapajós.

ATIVIDADE 6

REFLEXÃO COM TEXTO

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivos

- Refletir sobre a responsabilidade de cada um na construção e cuidado com as condições de vida das gerações futuras;
- Refletir sobre o papel dos profissionais na construção e consolidação das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Material

- Texto: "Plantando o futuro no presente"- Maria Salette e Wilma Ruggeri.

TEXTO DE APOIO

PLANTANDO O FUTURO NO PRESENTE [4]

Um senhor já idoso amava as plantas. Todos os dias, acordava bem cedo para cuidar de seu jardim. Fazia isso com tanto carinho e mantinha o jardim tão lindo que não havia quem não admirasse suas plantas e flores. Certo dia resolveu plantar uma jabuticabeira. Enquanto fazia o serviço com toda dedicação, aproximou-se dele um homem que lhe perguntou:

[3]Documentário Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde Disponível em: www.videolog.tv/video.php?id=285134.

[4]Salette Maria, Ruggeri Wilma. Para que minha vida se transforme. Campinas: Verus, 2002. p.111.

- Que planta é essa que o senhor está cuidando?
- Acabo de plantar uma jabuticabeira! - respondeu.
- E quanto tempo ela demora a dar frutos? - indagou o jovem.
- Ah! Mais ou menos uns quinze anos - respondeu o velho.
- E o senhor espera viver tanto tempo assim? - questionou o rapaz.
- Não, provavelmente não comerei de seu fruto.
- E qual a vantagem de plantar uma árvore se o senhor não comerá de seu fruto?

O velho olhando serenamente nos olhos do rapaz, respondeu:

- Nenhuma, meu filho, exceto a vantagem de saber que ninguém comeria jabuticabas se todos pensassem como você.

O rapaz, ouvindo aquilo, despediu-se do velho e saiu pensativo. Depois de caminhar um pouco, encontrou à sua frente uma árvore e parou para descansar à sua sombra. De repente olhou para cima e percebeu que era uma jabuticabeira carregada de frutos maduros. Pôde então saborear deliciosas jabuticabas. Enquanto comia, lembrou-se de sua conversa com o velho e refletiu: “Estou comendo esta jabuticaba porque alguém 15 anos atrás plantou esta árvore. Talvez esta pessoa não esteja mais viva, mas seus frutos estão”.

E pensando assim, o rapaz voltou ao jardim e se juntou ao velho no trabalho de plantar árvores frutíferas.

A sua contribuição para o mundo não deve depender da época em que se colherão os frutos ou de quem irá comê-los. O importante é plantar e saber que um dia será beneficiado.

ATIVIDADE 7

SAÚDE: O DIREITO DE TODOS

.....

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo

- Refletir sobre os artigos da Constituição Federal que trata da saúde.

Material

- Papel kraft e pincel atômico;
- Texto da Constituição Federal (Sessão II – Da Saúde);
- Sugestão: slides.

Constituição Federal[5]
Seção II
DA SAÚDE

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.
§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do
orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos imposto a
que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea e § 3º.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecer (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas
federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saú de, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos,

[5]Constituição Federal: seção II – Da Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br> Acesso em 19 set 2011.

tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ATIVIDADE 8

LEI 8080/1990, ALTERAÇÕES E REGULAMENTAÇÃO

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo
- Conhecer a Lei 8080, sua regulamentação, definida pelo Decreto nº 7508, de 28 junho de 2011 e suas alterações, definidas pela Lei e nº 12401, de 28 de abril de 2011.
- Ressaltar nesta lei os pontos relativos a vigilância em saúde.

Material
- Slides.
- Datashow.

TEXTO PARA LEITURA COMPLEMENTAR

.....

1) Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990[6]

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR
Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

[6]Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 21 set 2011.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I
Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:
I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
I - a execução de ações:
a) de vigilância sanitária;
b) de vigilância epidemiológica;
c) de saúde do trabalhador; e
d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.
§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:
I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II
Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de

ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1o O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2o Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV
Da Competência e das Atribuições
Seção I
Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II
Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
II - participar na formulação e na implementação das políticas:
a) de controle das agressões ao meio ambiente;
b) de saneamento básico; e
c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
III - definir e coordenar os sistemas:
a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
b) de rede de laboratórios de saúde pública;
c) de vigilância epidemiológica; e
d) vigilância sanitária;
IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.
Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
a) de vigilância epidemiológica;
b) de vigilância sanitária;
c) de alimentação e nutrição; e
d) de saúde do trabalhador;
V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.
Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:
I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
IV - executar serviços:
a) de vigilância epidemiológica;
b) vigilância sanitária;
c) de alimentação e nutrição;
d) de saneamento básico; e
e) de saúde do trabalhador;
V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V
Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999) Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1o O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2o O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3o As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1o Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2o O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3o O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1o O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2o As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÙDE
CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1° Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2° Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1° Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2° Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3° (Vetado).

§ 4° Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV
DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1° Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em

mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
§ 2° O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.
Art. 29. (Vetado).
Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V
DO FINANCIAMENTO
CAPÍTULO I

Dos Recursos
Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.
Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:
I - (Vetado)
II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
III - ajuda, contribuições, doações e donativos;
IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.
§ 1° Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.
§ 2° As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.
§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).
§ 4º (Vetado).
§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.
§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II
DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.
§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.
§ 2º (Vetado).
§ 3º (Vetado).
§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.
Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.
Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será

utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:
I - perfil demográfico da região;
II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede;
VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.
§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.
§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.
§ 3º (Vetado).
§ 4º (Vetado).
§ 5º (Vetado).
§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III
DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.
§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.
§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.
Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.
Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS
Art. 39. (Vetado).
§ 1º (Vetado).
§ 2º (Vetado).
§ 3º (Vetado).
§ 4º (Vetado).
§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.
§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros
§ 7º (Vetado).
§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.
Art. 40. (Vetado)
Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).
Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.
Art. 44. (Vetado).
Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.
§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.
§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.
Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.
Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.
Art. 48. (Vetado).
Art. 49. (Vetado).
Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
Art. 51. (Vetado).
Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.
Art. 53. (Vetado).
Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.
Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

2) Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011[7]

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1o O Título II da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VIII:

CAPÍTULO VIII
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6o consiste em:
I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

[7]Lei 12.401, de 28 de abril de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em 21 set 2011.

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS

"Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde."

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1o A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2o O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível."

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1o O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2o do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2o (VETADO)."

Art. 19-S. (VETADO)."
Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:
I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.
Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.
Art. 2o Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.
Brasília, 28 de abril de 2011; 190o da Independência e 123o da República.
DILMA ROUSSEFF
Guido Mantega
Alexandre Rocha Santos Padilha

3) Regulamentação da Lei nº 8.080/90 fortalece o Sistema Único de Saúde[8]

Mais transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e maior controle social. Essas são as principais vertentes do decreto que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde.
O que levou mais de 20 anos para se concretizar ganha agora maturidade. A regulamentação pelo Poder Executivo Federal da lei da saúde surge num momento em que os dirigentes e profissionais de saúde detêm maior compreensão sobre a organização constitucional e legal do SUS e o cidadão sobre o seu direito à saúde.

O SUS traz em si grande complexidade pelo fato de ser um sistema que garante o direito à saúde - imprescindível para assegurar o direito à vida -, sendo dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa (democracia participativa). O SUS é considerado a maior política pública inclusiva, por se destinar ao atendimento de mais de 190 milões de pessoas.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da União em, 29 de junho de 2011, tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente. Dessa forma, visa dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde.

A regulamentação contribuirá, também, para um esclarecimento maior do Ministério Público e do Poder Judiciário a respeito das responsabilidades competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde.

Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema único num país de grandes diferenças demográficas e socioeconômicas. Por isso, é importante ter clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde, onde o direito à saúde se efetiva.

4) DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011[9]

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, DECRETA :

[8]Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/1990. Disponível em http://www.cosemsmg.org.br/cosems/servicos/downloads?task=finish&cid=4854&catid=178. Acesso em 21 de setembro de 2011.
[9]Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/1990. Disponível em http://www.cosemsmg.org.br/cosems/servicos/downloads?task=finish&cid=4854&catid=178. Acesso em 21 de setembro de 2011.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias

delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.
Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:
I - seus limites geográficos;
II - população usuária das ações e serviços;
III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização
Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.
Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:
I - de atenção primária;
II - de atenção de urgência e emergência;
III - de atenção psicossocial; e
IV - especiais de acesso aberto.
Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.
Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º .
Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.
Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.
Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.
Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.
Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:
I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos
serviços de saúde;
II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.
Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III
DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.
§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.
§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.
§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federati-

vos e nas Regiões de Saúde.
Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.
Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.
Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.
Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
Seção I
Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES
Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.
Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.
Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.
Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.
Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.
Seção II
Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME
Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.
Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.
Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.
Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.
Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.
Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:
I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.
§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.
§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.
Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos

somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V
DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA
Seção I

Das Comissões Intergestores Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômicofinanceiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a
forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e interregional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada,

de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das

ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e
IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.
Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.
Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.
Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.
DILMA ROUSSEFF
Alexandre Rocha Santos Padilha

ATIVIDADE 9

CONSOLIDAÇÃO DO CONTEÚDO PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo
- Refletir sobre os princípios e diretrizes do SUS, após conhecimento da legislação básica.
- Estabelecer correlação destes conteúdos com a área da vigilância em saúde.

Material
- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe;

ATIVIDADE 10

ESTUDO DE CASO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo
- Compreender e se apropriar dos princípios do SUS.

Material
- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

TEXTO PARA LEITURA

ESTUDO DE CASO[10]

.....

A) Joana mora em um povoado. Seu filho acordou com febre e ela resolveu levá-lo à unidade de saúde da cidade, para uma consulta. Ao chegar, ela foi informada por uma funcionária que aquela unidade não atendia pessoas que moravam fora daquele município. Sem saber o que fazer, Joana vai procurar ajuda na casa de sua irmã mais velha, que morava na cidade.

Qual princípio do SUS deixou de ser contemplado?
O procedimento da funcionária foi correto?

B) Antônio é um trabalhador da zona rural e há anos vem apresentando dor no peito, tosse e pigarro. O local onde ele mora fica muito distante da unidade de saúde e, por isso, Antônio nunca procurou atendimento. Certo dia ele corta a mão durante o trabalho, um corte muito profundo. Preocupado, resolve ir à unidade de saúde, mas só por esse motivo. Lá chegando resolve o problema da sua mão e volta pra casa.

O atendimento de Antônio foi resolutivo?
Qual princípio do SUS deixou de ser contemplado?

C) O Secretário de Saúde do município de Rio Vermelho decidiu que, para economizar e facilitar a organização do serviço, todas as unidades de saúde do município oferecerão os mesmos serviços.

Qual a sua opinião em relação a esta decisão?

ATIVIDADE 11

EXPOSIÇÃO DIALOGADA SOBRE A Lei 8.142/1990

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Conhecer a lei 8.142/1990 e sua regulamentação.
- Ressaltar a importância do controle social e a sua implicância na Vigilância em Saúde.

Material

- Slides
- Data Show

Lei n 8.142[11]
DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:
Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

[10]Teixeira C. Sistema Único de Saúde: um sistema de serviços de saúde em construção. In: Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora. Curso técnico de agente comunitário de saúde: guia curricular do módulo 1. Alagoas; 2005. [Texto adaptado].

[11]Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em 19 set de 2011.

I - a Conferência de Saúde; e
II - o Conselho de Saúde.
§ 1° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
§ 2° O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
§ 3° O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
§ 4° A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
§ 5° As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.
Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:
I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
III - investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;
IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.
Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.
Art. 3° Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.
§ 1° Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1° do mesmo artigo.
§ 2° Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.
§ 3° Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2° desta lei.
Art. 4° Para receberem os recursos, de que trata o art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:
I - Fundo de Saúde;
II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;
III - plano de saúde;
IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990;
V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.
Art. 5° É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 7° Revogam-se as disposições em contrário.
Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169° da Independência e 102° da República.
FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

ATIVIDADE 12

TELEFONE SEM FIO

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a importância de transmitir informações de forma clara e precisa no cotidiano de trabalho de cada aluno.

Material

- Nenhum.

ATIVIDADE 13

NÃO BASTA SER... TEM QUE PARTICIPAR

.....

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo

- Valorizar a participação popular no planejamento de ações de saúde da sua comunidade.

Material

- Papel A4.

ATIVIDADE 14

CONSELHOS E CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Compreender o controle social no SUS.

Material

- Papel A4, papel kraft e pincel atômico;
- Textos: "Conselhos Municipais de Saúde".
  "Conferências Municipais de Saúde".

TEXTO PARA LEITURA

TEXTO 1

CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE[12]

Os Conselhos de Saúde existem nas três esferas governamentais e estão previstos em lei desde 1990. São órgãos permanentes e deliberativos, isto é, devem estar permanentemente em funcionamento e tomam decisões nos assuntos da saúde. Existem conselhos constituídos em praticamente todos os municípios, que mobilizam mais conselheiros do que vereadores, em todo o país. O Conselho Municipal de Saúde propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões. Eles devem ser paritários e tripartites em conformidade com a lei 8142/90 que determina que 50% de suas vagas devem ser ocupadas por usuários e 50% pelos representantes dos governos, prestadores e trabalhadores da saúde. Cabe aqui um destaque sobre a paridade colocada como condição essencial na Lei 8142/90. Em relação ao Conselho de Saúde quando a Lei definiu que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação aos demais, fez aí uma regra explícita para que um lado não se confundisse com o outro, para que não se quebrasse a paridade, colocada como imprescindível e essencial, deslocando a maior representatividade para os usuários. A paridade colocada como essência foi destacada no Artigo 1º §4: "paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos", portanto não pode ser quebrada, logo quem tem assento próprio não pode ocupar assento comum de usuário sob pena de quebra do equilíbrio entre as partes. Por uma questão de principio ético não poderíamos ter entre os usuários pessoas que tenham ligação ou dependam dos outros três segmentos, pois existem vários conflitos de interesses entre os segmentos de difícil conciliação e neutralidade.

A participação no Conselho deve ser vista como de relevância pública. Os seus membros devem defender o coletivo e não suas corporações: de governo, de gestor, de profissionais ou de prestadores.

A participação em Conselho se dá por eleição de seus pares, para os representantes de usuários e trabalhadores da Saúde, enquanto que gestores e prestadores indicam seus representantes. O Prefeito deve apenas nomear os conselheiros escolhidos pelos vários segmentos. O Executivo só pode escolher os membros do Conselho que forem os representantes da administração: Secretário de Saúde e outros. O fiscalizado não pode ter o direito de escolher, nomear e demitir, aqueles que o fiscalizarão, pois haveria um envolvimento indireto dos fiscalizadores com o fiscalizado, comprometendo a possível e necessária isenção dos conselheiros.

Outro ponto polêmico é a eleição para presidente do Conselho. O CONASEMS é contra a indicação do secretário de saúde como presidente nato, entendemos que ele deve ser eleito. Cabe aqui uma ressalva, pois

[12]Texto retirado da Cartilha Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. Disponível em http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf. Disponível em 19 set 2011.

mesmo não sendo presidente do CMS a presença do Secretário da Saúde não pode ser dispensada deste que é o colegiado deliberativo mais importante para a saúde de seu município.

Em alguns municípios existem, ainda, conselhos em cada Unidade de Saúde, que são chamados de "Comissões Gestoras" ou "Conselhos Locais de Saúde", ou ainda "Conselhos Gestores de Unidade".

O CMS deve discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão Anual, as prestações de contas e, ainda, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implementadas no município. É necessário existir uma rotina mínima para os Conselhos que é sua importante participação na elaboração dos planos e em seu acompanhamento, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O grande impasse dos conselhos é justamente quando desconhecem sua dupla missão de ajudar a fazer e aprovar o plano, assim como acompanhar e controlar econômica e financeiramente este plano, objeto principal do controle social. Para exigirmos eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde nos municípios devemos ser co-autores da principal ferramenta que detém essas informações que é o plano de saúde, além de acompanhá-lo, avaliá-lo monitorando-o constantemente.

TEXTO PARA LEITURA

TEXTO 2

CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE[13]

As Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde, portanto é o local onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera.

No âmbito municipal a Conferência deve ser realizada no primeiro ano da administração eleita e recém empossada. Visa a construção de políticas públicas que deverão compor o plano municipal de saúde e o plano pluri anual PPA.

No âmbito nacional ocorre uma etapa municipal que tem por objetivo a discussão dos eixos de interesse nacional e eleição de delegados para as etapas estadual e nacional da conferência. Ocorre no 3º ano da gestão municipal.

Mais que um instrumento legal de participação popular, a Conferência significa o compromisso do gestor público com os necessários avanços do sistema de saúde e tem por objetivo:

Avaliar e propor diretrizes da política para o setor saúde;

Discutir temas específicos para propor novas diretrizes da política de saúde;

Eleger delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais, quando for o caso.

Muitos municípios realizam a eleição dos membros de seu Conselho Municipal durante a Conferência, portanto este é mais um motivo importante da organização da Conferência não se dar de forma centralizada pela gestão, mas contar com o apoio dos usuários, trabalhadores e prestadores, buscando mobilizar e envolver amplamente a sociedade em todos os momentos, garantindo a participação de representantes dos diversos segmentos sociais abaixo descritos:

População, por meio de usuários ou entidades tais como associações de moradores, movimentos populares de saúde, sindicatos e centrais sindicais, associações de familiares e portadores de patologia, de defesa dos direitos humanos e do meio ambiente, dos estudantes, comunidade científica, etc.;

Trabalhadores da Saúde, por meio de sindicatos, associações, conselhos profissionais e de servidores públicos;

Instituições prestadoras de serviços de Saúde;

Gestores do SUS.

Em cada município deste país reúnem-se representantes da sociedade civil, pessoas interessadas nas questões relativas à saúde e a qualidade de vida, para decidir o que o povo quer recomendar aos gestores do SUS e às esferas de governo sobre a política de saúde.

É um privilégio democrático que nosso país possibilite essa expressiva participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde. É preciso sempre valorizar esse espaço e é responsabilidade

[13]Texto retirado da Cartilha Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. Disponível em http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf. Adaptado.

do gestor municipal do SUS garantir que a discussão se dê em seu Município de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir de pré-conferências em bairros, regiões ou distritos, e que dessas reflexões surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde. Importante frisar que devem fazer parte destas reflexões uma apreciação das decisões aprovadas em Conferências anteriores, analisando-se em separado o que foi cumprido e o que não foi, revendo no atual cenário se as demandas levantadas anteriormente permanecem ou não, tendo o cuidado de descartar questões que não respeitem princípios legais na aprovação das propostas apontadas.

Vale lembrar que a Lei nº. 8142/90 menciona que a decisão de realizar a conferência deve ser do Executivo, ou extraordinariamente deste e do Conselho, portanto cabe ao Prefeito sua convocação.

As Conferências de Saúde têm competências tão essenciais e importantes que seus tempos de realização devem ser adequados aos tempos das políticas de estado, já expressas na Constituição sob risco de perpetuarmos um processo desconectado, paralelo, fragmentado e inconseqüente.

ATIVIDADE 15

FUNCIONAMENTO DO CONSELHO DE SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o funcionamento dos conselhos de saúde no SUS.

Material

- Papel A4, papel kraft e pincel atômico;
- Texto: “Resolução nº 333 de 4 de novembro 2003 do Conselho Nacional de Saúde”.

TEXTO PARA LEITURA

RESOLUÇÃO Nº 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003[14]

.....

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

[14]Resolução n.º 333, de 4 de novembro 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf . Acesso em 19 de set de 2011.

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

Da definição de Conselho de Saúde

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Da criação e reformulação dos Conselhos de Saúde

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

Da organização dos Conselhos de Saúde

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.
I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:
a) 50% de entidades de usuários;
b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a com-

plementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) de associações de portadores de patologias;
b) de associações de portadores de deficiências;
c) de entidades indígenas;
d) de movimentos sociais e populares organizados;
e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
f) de entidades de aposentados e pensionistas;
g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
h) de entidades de defesa do consumidor;
i) de organizações de moradores;
j) de entidades ambientalistas;
k) de organizações religiosas;
l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
m) da comunidade científica;
n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
o) entidades patronais;
p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.
VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

Da estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, do-

tação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.
VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.
XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

Da competência dos Conselhos de Saúde

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da eqüidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras,

repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da saúde.
XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

ATIVIDADE 16

OLHAR E VER

.....

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo

- Identificar a diferença entre olhar e ver.

Material

- Texto "Ver e olhar: existe diferença?"
- Sugestão: cartazes, enfeites.

TEXTO PARA LEITURA

VER E OLHAR: EXISTE DIFERENÇA?[15]

.....

Considerações sobre o texto "Aprender a pensar é descobrir o olhar"
Lorena Bárbara Ribeiro[16]

Tomando como base o texto de Márcia Tiburi[17].
Aprender a Pensar é descobrir o olhar[18], comecemos uma discussão, uma expressão de opinião sobre a possível diferença entre Ver e Olhar. Será que existe essa diferença?

Ao perguntar a alguém se existe alguma diferença entre Ver e Olhar, certamente ouviremos que não; que Ver e Olhar são sinônimos. E de fato são. Entretanto, mesmo sendo sinônimos, existe diferença entre a ação de Ver e de Olhar.

Vivemos na era da informação, onde tudo que acontece é noticiado com muita rapidez. A quantidade de informações que nos são passadas, e também a rapidez com que são passadas, acaba não sobrando tempo para assimilação e reflexão do que aconteceu/acontece.

Ouvimos muito, mas pouco escutamos; vemos muito, mas pouco olhamos. Quando paramos para olhar algo, devemos nos despir de todo e qualquer preconceito, conceito ou pré-conceito; devemos está abertos ao que iremos presenciar, pois é através do olhar que percebemos o imperceptível. "É como a arte de um escultor sobre a pedra, que para fazer a forma, deve antes passar pelo trabalho do vazio e retirar todo o excesso para que a forma surja" (BARBIER, 2002).

O olhar, segundo Márcia Tiburi (2005), é mediado, lento, porque remete a uma reflexão, enquanto o ver é imediato, desatento. Ver é um "olhar" frio, sem interesse, com propósito de apenas tomar conhecimento de que algo existe, mas sem necessariamente internalizar a sua existência.

Olhar, por sua vez, necessita atenção especial, um momento dedicado a aquela ação – é um compromisso, uma responsabilidade, uma contemplação-. O olhar é algo mais humano, mais caloroso, preocupado com o propósito de perceber, sentir o que acontece consigo e com o mundo a sua volta. Pode-se dizer que o olhar é o "colocar-se no lugar do outro", é o olhar o sensível, ponderado, interessado.

"Ver é reto, olhar é sinuoso. Ver é sintético, olhar é analítico. Ver é imediato, olhar é mediado. A imediaticidade do ver torna-o um evento objetivo. Vê-se um fantasma, mas não se olha um fantasma. Vemos televisão, enquanto olhamos uma paisagem, uma pintura" (TIBURI, 2005) .

[15]Texto originalmente publicado no endereço letrônico http://sabercoletivopedagogia.blogspot.com/2010/01/ver-e-olhar-existe-diferenca.html, Jan.2010.

[16]Pedagoga, formada pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Especializanda em Currículo de Formação Cientifico, Técnico e Cultural. Professora da educação infantil da rede particular de ensino.

[17]Márcia Tiburi é graduada em Filosofia e Artes e Mstre e Dutora em Flosofia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[18]Artigo originalmente publicado pelo Jornal do Margs, edição 103 (setembro/outubro). Disponível em:http://www.artenaescola.org.br/pesquise_artigos_texto.php?id_m=26

Podemos dizer ainda que entre o Ver e o Olhar existe uma relação de complementação; o Olhar complementa o Ver. Para olhar é preciso, antes, ver. O ver – aquilo que chamou atenção-, remete ao olhar – se realmente tem relevância. O olhar, pós ver, é a consideração do que foi visto. Quando algo chama atenção, passamos da simples e imediata ação do Ver, para ação do Olhar (perceber).

"É como se depois de ver fosse necessário olhar, para então, novamente ver. Há, assim, uma dinâmica, um movimento – podemos dizer- um ritmo em processo de olhar-ver. Ver e olhar se complementam, são dois movimentos do mesmo gesto que envolve sensibilidade e atenção." (TIBURI, 2005)

O olhar, portanto, é perceber, é existir, é conviver; vai além da ação rela de enxergar; é a nossa condição de tolerância com o outro. O olhar perturba, angustia, instiga, prende a atenção, provoca reação e remete ao pensar.

ATIVIDADE 17

NORMAS OPERACIONAIS DO SUS

(NOB, NOAS, PACTO PELA SAÚDE)

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Conhecer as normas operacionais do SUS (NOB e NOAS);
- Compreender o Pacto pela Saúde.

Material

- Textos:
  - "O processo de implantação do SUS – as normas operacionais";
  - "Pacto pela Saúde";
- Sugestão: slides.

TEXTO PARA LEITURA

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS: AS NORMAS OPERACIONAIS[19]

O Processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacional idade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

Embora o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é def inido de forma pactuada entre o Ministér io da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos:

•Induzir e estimular mudanças;

•Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;

•Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático operacionais;

[19]Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em 20 set 2011.

•Regular as relações entre seus gestores;
•Normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01).

A Norma Operacional Básica 01/91

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) foi editada pela da Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto.

Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 são:

•Equipara prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços;
•Centraliza a gestão do SUS no nível federal (INAMPS);
•Estabelece o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.
•Considera como "municipalizados" dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos:
(a) Criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
(b) Criação do Fundo Municipal de Saúde;
(c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
(d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
(e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;
(f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.
•Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A cobertura ambulatorial anual é obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
•Modifica o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A Norma Operacional Básica 01/93

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela da portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Forma izou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central "a municipalização é o caminho", e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Os principais pontos da Norma Operacional Básica são:
•Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
•Habilita municípios como gestores;
•Define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
• São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

A Norma Operacional Básica 01/96

O êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor saúde e levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica que representasse um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o País.

A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descent ral ização, cr iando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município

pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

•Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União.

•Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;

•Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;

•Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;

•Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;

Entre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96 temos:

•Transfere aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta;

•Reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);

•Reorganiza a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);

• Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;

•Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;

•Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro;

•Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

•Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

Alterações na Norma Operacional Básica 01/96

A NOB/SUS 01/96 foi editada em 5 de novembro de 1996 por meio da portaria GM/MS nº 2.203.

Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB.

Entretanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do Ministro Adib Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB/SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação.

A Instrução Normativa 01/97, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para Estados e municípios se habilitarem às novas condições de gestão da NOB/SUS 01/96.

Discussões entre o Ministério da Saúde, Estados e municípios sobre o financiamento do SUS e a implantação da NOB/SUS 01/96 consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96.

As principais alterações introduzidas na NOB/SUS 01/96 foram:

•O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;

•A portaria 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;

•O Valor Nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a

fundo regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96;
•Foi criado o "valor máximo da Parte Fixa do PAB", estipulado em R$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janei ro de 1998;
•Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
(a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
(b) Programa de Saúde da Família;
(c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
(d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
(e) Assistência Farmacêutica Básica;
(f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
•Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB;
•Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOA/SUS 01/2001

O período de implementação do NOB/SUS 01/96 compreendido entre os anos de 1998 e 2000 foi marcado por uma série de importantes avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde.

Em dezembro de 2001, segundo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), mais de 99,21% dos municípios brasileiros (5.516) se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida Norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica (4.952) e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal (564). A maior parte destas habilitações ocorreu em 1998, no primeiro ano de implementação da NOB/SUS 01/96.

Em relação à habilitação dos Estados, em dezembro de 2001, cinco Estados estavam habilitados na Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

A publicação da NOAS/SUS 01/01 é o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/01 articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é "promover maior eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos nos níveis de atenção". Estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Cabe às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a:
(a) assistência pré-natal, parto e puerpério;
(b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil ;
(c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;

(d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
(e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
(f) atendimento de afecções agudas de maior incidência;
(g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
(h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
(i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
(j) controle de doenças bucais mais comuns;
(k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de inves imento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada Estado. São eles:

•Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou micror regiões de saúde.

•Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada. O Módulo Assistencial deve apresentar uma das seguintes características:

(a) conjunto de municípios entre os quais há um Município-Sede habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal (observar alterações na NOAS/SUS 01/02) com capacidade de ofer tar a total idade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou

(b) um município em Gestão Plena do Sistema Municipal com capacidade para ofertar com suficiência a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01 para a sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

• Município-Pólo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção

• Microrregião de Saúde – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual.

O Plano Diretor de Regionalização servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e define como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampl ado, e seu valor fixado em R$10,50 habitante/ ano.

A NOAS/SUS 01/01 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. O financiamento federal das ações ambulatoriais é feito com base em um valor per capita nacional (R$6,00 habi tante/ano). Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Teto Financeiro das UF para cobrir a diferença ent re os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

No Capítulo que trata do Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, é definido que as UF deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Cabe às SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do Estado. A PPI aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do Estado, sendo que o limite financeiro de cada município será composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios localizados em municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o Estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Este termo tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI. A NOAS/SUS 01/01 estabeleceu as responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores municipais e estaduais. A partir de sua publicação os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os Estados puderam se habilitar em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual.

A Nota Técnica CONASS nº 23, de 13 de agosto de 2001, apresentou uma síntese dos passos operacionais para a implantação da NOAS/SUS 01/01.

A Norma Operacional da Assistência - NOAS/SUS 01/2002

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. É o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite relizada em 22 de novembro de 2001. Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as eferências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não-residente que busca atendimento no município de referência.

As principais modificações na NOAS/SUS 01/01 introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

• O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual;

• Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:

(a) Relação de todos os municípios da UF, independentemente da sua condição de gestão;

(b) Condição de gestão do município ou nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;

(c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;

(d) Parcela de recursos financeiros para atendimento das referências intermunicipais;

(e) Parcela de recursos financeiros para atendimento da população residente sob gestão estadual;

(f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na SES;

(g) Limite Financeiro Global da UF, somas dos itens C,D, E, e F.

• Estabeleceu que cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

• Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade M1 em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

A Nota Técnica do CONASS número 2, de 20 de março de 2002, apresentou um detalhamento das principais alterações introduzidas pela NOAS/SUS 01/02.

Comentários Finais

Em doze anos de implantação do SUS os principais avanços, de reconhecimento quase consensual, dizem respeito a:

a) Ampla descentralização das ações e serviços de saúde para Estados e municípios, resultando no fato de que a quase totalidade dos municípios brasileiros tem responsabilidades definidas sobre a saúde de sua população, avanço considerável em relação à organização do Estado brasileiro – no que tange à saúde – impensável até o início da década de 90. Os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades.

b) Estruturação do Conselhos Nacional, e dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, em todos os Estados da federação e em mais de cinco mil municípios, permitindo a interlocução com a sociedade e a inclusão de inúmeros novos atores no processo. Este salto da participação popular é inquestionável, independentemente da análise da qualidade do controle social ora exercido.

c) Fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade;

d) Comprovada extensão de cobertura, incluindo grupos populacionais que não eram contemplados pelo antigo sistema previdenciário, com melhoria, inclusive, de importantes indicadores de saúde;

e) Ênfase na atenção básica, como porta de entrada preferencial do sistema, com desenvolvimento de novos modelos centrados na concepção da atenção familiar, concebida como estratégia reestruturante do modelo assistencial. Locais onde o Programa de Saúde da Família se apresenta desarticulado com os demais níveis de complexidade do sistema, não refletem a concepção do modelo, uma vez que este não foi concebido para uma atenção meramente focal.

f) Definição de fontes de financiamento público, mas com repet i t ivos cont ingenciamentos orçamentários e restrições financeiras. Recentemente conquistou-se a Emenda Constitucional 29 que assegura fontes estáveis e patamares mínimos para cada uma das três esferas de governo.

PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE[20]

A partir das discussões envolvendo o Pacto de Gestão houve a compreensão pelos gestores federal, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Então se estabeleceu a organização de um Pacto pela Saúde, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

PACTO EM DEFESA DO SUS

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:

- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
- Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
- Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

[20]Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf Acesso em 14 out 2011.

PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela Vida – enquanto instrumento do Pacto pela Saúde 2006 - representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS, vigente até agora. Isso ocorre porque rompe com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, através de normas operacionais. A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, através de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOB´s e NOAS).

Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.

O Pacto pela Vida será permanente. Ao final do primeiro trimestre de um novo ano serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso.

Ao mesmo tempo, deverá haver um processo permanente de monitoramento, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal.

Para que não se caia, uma vez mais, na formalização de pactos meramente burocráticos, com parcos resultados sanitários, haverá que se operar mudanças nos mecanismos de pactuação, seja no campo cultural, seja no campo operacional.

Há que se mudar a cultura da pactuação: o pacto não termina no momento de sua assinatura, mas ali começa. De outro lado, os objetivos e metas pactuados devem servir de bússola para que os diferentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos. Só quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos, se estarão fazendo pactos reais.

No campo operativo, as metas e objetivos do Pacto pela Vida devem inscrever-se em instrumentos jurídicos públicos, os Termos de Compromisso de Gestão, firmados pela União, estados e municípios. Esses termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS.

Nos Termos de Compromisso de Gestão inscrevem-se, como parte substantiva, os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida, bem como seus indicadores de monitoramento e avaliação.

A operacionalização do processo de monitoramento e avaliação deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

A definição de objetivos deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais devem estar referenciados pelas metas estaduais. Essa é uma mudança operacional importante porque não há que se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra.

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.

PACTO DE GESTÃO

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90. Estabe-

lece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Os objetivos do Pacto de Gestão são:

• Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

• Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização;Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

ATIVIDADE 18

DINÂMICA

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Sensibilizar a turma para o trabalho em grupo;
- Promover o espírito de equipe e cooperação entre os alunos.

Material

- Sugestão: rolo de barbante (ou de corda, fios,etc), tesoura, caneta e garrafa.

ATIVIDADE 19

CONCEITO DE MUNICIPALIZAÇÃO

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Consolidar o conceito de municipalização.

Material

- Papel kraft e fita crepe.

TEXTO PARA LEITURA

MUNICIPALIZAÇÃO[21]

.....

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

ATIVIDADE 20

CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE – PRINCÍPIOS

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir sobre os princípios dos direitos dos usuários da saúde.

Material

- Texto: “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”..

TEXTO PARA LEITURA

CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS[22]

.....

[21]Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=448&letra=M

PRIMEIRO PRINCÍPIO: TODO CIDADÃO TEM DIREITO A SER ATENDIDO COM ORDEM E ORGANIZAÇÃO.

Quem estiver em estado grave e/ou maior sofrimento precisa ser atendido primeiro.

É garantido a todos o fácil acesso aos postos de saúde, especialmente para portadores de deficiência, gestantes e idosos.

[22]Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_ilustrada_direitos_2006.pdf. Acesso em 24 out 2011.

SEGUNDO PRINCÍPIO: TODO CIDADÃO TEM DIREITO A TER UM ATENDIMENTO COM QUALIDADE.

Você tem o direito de receber informações claras sobre o seu estado de saúde. Seus parentes também têm o direito de receber informações sobre seu estado.

Também tem o direito a anestesia e a remédios para aliviar a dor e o sofrimento quando for preciso.

Toda receita médica deve ser escrita de modo claro e que permita sua leitura.

TERCEIRO PRINCÍPIO: TODO CIDADÃO TEM DIREITO A UM TRATAMENTO HUMANIZADO E SEM NENHUMA DISCRIMINAÇÃO.

Você tem direito a um atendimento sem nenhum preconceito de raça, cor, idade, orientação sexual, estado de saúde ou nível social.

Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde devem ter os nomes bem visíveis no crachá para que você possa saber identificá-los.

Quem está cuidando de você deve respeitar seu corpo, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança.

QUARTO PRINCÍPIO: TODO CIDADÃO DEVE TER RESPEITADOS OS SEUS DIREITOS DE PACIENTE.

Você tem direito a pedir para ver seu prontuário sempre que quiser.

QUINTO PRINCÍPIO: TODO CIDADÃO TAMBÉM TEM DEVERES NA HORA DE BUSCAR ATENDIMENTO DE SAÚDE.

Você nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde.

Deve também tratar com respeito os profissionais de saúde.

E ter disponíveis documentos e exames sempre que for pedido.

SEXTO PRINCÍPIO: TODOS DEVEM CUMPRIR O QUE DIZ A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE.

Os representantes do governo federal, estadual e municipal devem se empenhar para que os direitos do cidadão sejam respeitados.

ATIVIDADE 21

REFLEXÃO COM PARÁBOLA

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a importância da cooperação entre as pessoas.

Material

- Texto: "Cooperação".

TEXTO PARA LEITURA

ASSEMBLÉIA NA CARPINTARIA[23]

.....

Contam que na carpintaria houve uma vez uma estranha assembléia. Foi uma reunião de ferramentas para acertar suas diferenças.

Um martelo exerceu a presidência, mas os participantes lhe notificaram que teria que renunciar. A causa? Fazia demasiado barulho; e além do mais, passava todo o tempo golpeando. O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, dizendo que ele dava muitas voltas para conseguir algo. Diante do ataque, o parafuso concordou, mas por sua vez, pediu a expulsão da lixa. Dizia que ela era muito áspera no tratamento com os demais, entrando sempre em atritos. A lixa acatou, com a condição de que se expulsasse o metro que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fora o único perfeito.

Nesse momento entrou o carpinteiro, juntou o material e iniciou o seu trabalho. Utilizou o martelo, a lixa, o metro e o parafuso. Finalmente, a rústica madeira se converteu num fino móvel. Quando a carpintaria ficou novamente só, a assembleia reativou a discussão. Foi então que o serrote tomou a palavra e disse: - Senhores, ficou demonstrado que temos defeitos, mas o carpinteiro trabalha com nossas qualidades, com nossos pontos valiosos. Assim, não pensemos em nossos pontos fracos, e concentremo-nos em nossos pontos fortes."

A assembleia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limar e afinar asperezas, e o metro era preciso e exato.

Sentiram-se então como uma equipe capaz de produzir móveis de qualidade. Sentiram alegria pela oportunidade de trabalhar juntos.

Ocorre o mesmo com os seres humanos. Basta observar e comprovar. Quando uma pessoa busca defeitos em outra, a situação torna-se tensa negativa; ao contrario, quando se busca com sinceridade os pontos fortes dos outros, florescem as melhores conquistas humanas.

É fácil encontrar defeitos, qualquer um pode fazê-lo. Mas encontrar qualidades... Isto é para os sábios!

[23]Autor Desconhecido. Disponível em: http://textos_legais.sites.uol.com.br/assembleia_na_carpintaria.htm Acesso em 14 set 2011.

ATIVIDADE 22

A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Identificar os tipos de serviços de saúde existentes, os níveis de complexidade e suas organizações;
- Relacionar as diferentes formas de organização dos serviços de saúde com os princípios e diretrizes do SUS;
- Compreender a finalidade dos serviços de saúde.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

TEXTO PARA LEITURA

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE[24]

.....

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: eqüidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo.

Média Complexidade[25]

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3)procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas;12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a

[24]Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=289&letra=A. Acesso em: 07/10/2011.

organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e socio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.

Alta complexidade[26]

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

ATIVIDADE 23

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora e 45 minutos

Objetivo

- Compreender acerca do conceito, funções, princípios da Atenção Primária à Saúde e os seus serviços e atendimentos.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

[25]Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=433&letra=M. Acesso em: 07/10/2011.

[26]Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=276&letra=A Acesso em: 07/10/2011.

TEXTO PARA LEITURA

AS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE[27]

.....

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a eqüidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006; TAKEDA, 2004). Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 1994; VUORI, 1982).

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Primária se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais freqüentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos.1 Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos, nos espaços comunitários, observa-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente a ser dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas, quanto com seus problemas.

A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente entendermos o que é a APS, devemos conhecer os elementos que a constituem. Para fins didáticos, essas características são, a seguir, apresentadas separadamente, mas salienta-se que elas são interdependentes e complementares.

Primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde)

Primeiro contato[28] significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível; se não o for, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema (STARFIELD, 2004).

O acesso tem dois componentes:

a) o acesso geográfico, que envolve características relacionadas a distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado;

b) o acesso socioorganizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso; o mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a unidade de saúde não está disponível; a facilidade de acesso para portadores de deficiências físicas e idosos; o tempo médio gasto na sala de espera; a ausência de dificuldades com linguagem; as barreiras relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço; a busca ativa etc. A organização da agenda para garantir consultas programadas permite que as ações de promoção e prevenção em saúde, tais como acompanhamento pré-natal e aconselhamento em doenças crônicas, sejam realizadas.

A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do aco-

[27]Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

[28]Médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal-estar

lhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não da doença), na família e na comunidade.

As equipes do Saúde da Família têm inovado na busca de formas que garantam acessibilidade e maior utilização da APS como primeiro contato com o sistema de saúde. O acolhimento,[29] a exposição de cartazes com horários de funcionamento e disponibilidade dos integrantes da equipe, os turnos vespertinos e agenda em sábados são alguns exemplos de esforços nesse sentido. O trabalho em parceria com as comunidades para diminuir as barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços é essencial.

As diretrizes da estratégia Saúde da Família buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema, ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território.

As vantagens do primeiro contato

A utilização de um serviço de APS como o primeiro recurso de saúde por uma determinada população traz as seguintes vantagens (FORREST; Starfield, 1996; STARFIELD, 1985; FIHN; WICHER, 1988; HURLEY; FREUND; GAGE, 1991; MOORE, 1979; MOORE; MARTIN; RICHARDSON, 1979; O´TOOLE et al., 1996; ROOS, 1979).

a) Ocorre redução dos seguintes aspectos: número de hospitalizações; tempo de permanência no hospital quando ocorre hospitalização; número de cirurgias; uso de especialistas em doenças; número de consultas para um mesmo problema; número de exames complementares.

b) É maior: o número de ações preventivas; a adequação do cuidado; a qualidade do serviço prestado; a oportunidade da atenção (maior chance que ocorra no tempo certo).

c) As equipes de saúde, especialistas em APS, lidam melhor com problemas de saúde em estágios iniciais, utilizando a adequada abordagem: ver, esperar e acompanhar (STARFIELD, 1994) em contraposição aos especialistas em doenças que, acostumados a ver problemas em fases mais adiantadas, solicitam mais exames complementares e realizam mais procedimentos.

Os desafios da porta de entrada do SUS

A utilização da Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação do Saúde da Família, seja ampliando o acesso das populações aos serviços, seja disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios precisam ainda ser enfrentados para que se alcance mais eqüidade e se observe, traduzidos nos indicadores de morbi-mortalidade, melhores resultados em saúde. Destacam-se a valorização da APS na rede de serviços de saúde, o aumento da resolutividade da APS e o cuidado de enfocar as necessidades em saúde da população.

Os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população. Embora sejam as melhores portas de entrada na ocorrência de emergências,[31] não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações, os demais elementos da APS (ver a seguir).

A cultura da busca pelo especialista e da livre demanda, próprias do modelo médico hospitalocêntrico, já é questionada. Vários países restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da atenção primária, com repercussões positivas nos custos e na eficiência do sistema (SAMPAIO; SOUZA, 2002).

Longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização)

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta brasileira, referem-se a esse conceito.

[29]O conceito de "porta de entrada" ou "primeiro contato" aqui utilizado encontra-se no contexto da orga-nização de sistemas de serviços de saúde em atenção primária, secundária e terciária/quaternária. A atenção primária, capaz de responder a cerca de 85% das necessidades de saúde das populações, é considerada a mais adequada porta de entrada ao sistema de saúde para virtualmente todas as demandas. Serviços de emergência não se caracterizam como um "nível" de atenção à saúde e a proporção de necessidades a que foram desen-hados para responder (as emergências) é pequena no conjunto de necessidades das populações. Portanto, não são considerados "porta de entrada" dentro deste conceito ampliado.

[31]Emergência: situação imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida e/ou sofrimento intenso que exija atendimento médico em 24 horas ou de forma imediata (Ministério da Saúde, 2001).

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que significa uma unidade de saúde com equipes estáveis. A rotatividade de pessoal nas equipes de saúde é um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade.

A continuidade do cuidado, por outro lado, significa o acompanhamento durante um episódio de doença. Não é uma particularidade da APS, ocorrendo também nos demais níveis de atenção.

As vantagens da longitunalidade

A longitudinalidade está associada a diversas vantagens (WASSON et al., 1984; STEWART et al., 1997; BAKER, 1996; BAKER; STREATFIELD, 1996; RODEWALD et al., 1997), incluindo a menor utilização de serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor freqüência de doenças preveníveis, maior satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo.

Quando há estabilidade dos profissionais e dos serviços se observa com maior freqüência que:• os tratamentos instituídos são completados;

• são realizadas mais ações de prevenção, há melhor utilização dos serviços de saúde pela população que compreende e respeita os alcances e os limites das equipes de saúde;

• ocorre menor proporção de hospitalizações;

• aumenta a capacidade dos profissionais em avaliar adequadamente as necessidades das pessoas;

• há maior integralidade do cuidado e coordenação das ações e serviços; e

•há maior satisfação dos usuários.

A longitudinalidade é especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e em co-morbidades, situações muito freqüentes e que exigem da APS uma reestruturação dos serviços, cuja tradição é organizarem-se para o enfrentamento de problemas agudos.

Os desafios da longitunalidade do SUS

Os desafios da longitudinalidade no Brasil estão especialmente relacionados à rotatividade de profissionais nas equipes de saúde, e à qualidade do registro das informações em prontuários.

Integralidade (ou abrangência)

Cuidado integral é a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do individuo, da família ou das comunidades, seja:

a) resolvendo-os, o que pode ocorrer em 85% das situações (STARFIELD, 1994), por meio da oferta de um conjunto de ações e serviços, ou

b) referindo aos outros pontos de atenção à saúde, que pode ser aos cuidados secundários, terciários, ou a outros setores (educação, saneamento, habitação etc.).

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes.

Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde: cotidianamente se apresentam nas unidades de saúde e territórios das equipes de APS situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas.

A condição estrutural para que a integralidade se dê é a disponibilidade de uma varidade de serviços, incluindo recursos que normalmente não são utilizados nos cuidados secundários, tais como visitas domiciliares, ações junto a organizações comunitárias (creches, clubes de mães, grupos de apoio etc.), e articulações intersetoriais para estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Decidir quais são os serviços adequados é uma importante atividade e deve estar baseada no conhecimento das necessidades da população.

As vantagens da integralidade

A integralidade do cuidado está associada a mais ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos

recomendados e maior satisfação das pessoas (RUSSELL, 1986; SIMPSON; KOREMBROT; GREENE, 1997).

Os desafios da integralidade no SUS

Os desafios da integralidade no Brasil estão menos relacionados ao conceito amplo de saúde e mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços.

Coordenação do cuidado (ou organização das respostas ao conjunto de necessidades)

Coordenação,[32] o quarto componente, é essencial para o sucesso dos demais. Um conceito amplo de saúde permite que as várias necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, e uma equipe multidisciplinar entre em ação para responder a essas necessidades. Contudo, é fundamental que haja coordenação das ações/respostas. Sem coordenação, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa.

A essência da coordenação é a informação: a disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis, propiciada pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da informação e comunicação); e a utilização da informação, possibilitada pela fácil obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações previas, por mecanismos de referência e contra-referência e recomendações escritas aos pacientes.

Os desafios da coordenação se fazem em diferentes contextos:

a) na unidade de saúde, quando vários membros da equipe dispõem de diferentes aspectos da informação do paciente;

b) entre diferentes serviços nos casos de referência e contra-referência; e

c) entre diferentes setores tais como educação, saneamento, transporte etc. A melhora da coordenação do cuidado é um desafio crucial para que a APS ocupe seu papel no sistema de saúde (“APS como base, estrutura do sistema de saúde”).

As vantagens da coordenação

Muitas vantagens estão associadas à coordenação do cuidado (STARFIELD et al., 1977; SIMBORG et al., 1876; VIERHOUT et al., 1995): melhor identificação dos problemas de saúde; melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento; menos hospitalizações; e menor solicitação de exames complementares.

Os desafios da coordenação no SUS

Este componente da APS ainda precisa ser fortalecido no Brasil, salientando-se alguns desafios:

• melhora da qualidade da informação nos prontuários de saúde, para permitir que haja coordenação do cuidado dentro da equipe multidisciplinar de saúde;

• a constituição de redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede; assegurando os mecanismos de comunicação que qualificam o cuidado (a referência e a contra-referência); prévias,

informatização dos sistemas de informações, permitindo que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de serviços de saúde[33].

A tabela 1 descreve o conjunto das características da APS, segundo STARFIELD (2004). Neste texto

[32]A coordenação tem sido equivocadamente confundida com gerenciamento da Atenção Básica.

[33]O Cartão Nacional de Saúde foi enunciado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, como forma de identificar a clientela do Sistema Único de Saúde, explicitando ao mesmo tempo sua vinculação a um gestor e a um conjunto de serviços bem definido, cujas atividades devem cobrir, integralmente, todo o escopo de atenção à saúde do cidadão, como estipula a Constituição. O Cartão deve identificar o cidadão, garantindo seu atendimento em todo território nacional. Além dessas finalidades, espera-se, ainda, que ele instrumentalize outros processos relacionados às atividades de gestão, a fim de: possibilitar um acompanhamento das referências intermunicipais e interestaduais; possibilitar o acompanhamento do fluxo dos usuários no sistema de saúde; subsidiar o planejamento e a definição das prioridades nas ações de saúde e o acompanhamento das políticas realizadas, por meio da mensuração da cobertura das atividades desenvolvidas e detecção de pontos de estrangulamento do sistema de saúde; facilitar a integração dos dados dos Sistemas de Informações de Base Nacional gerenciados pelo Ministério da Saúde, estados e municípios; permitir o aporte de outros dados importantes para sua análise; e subsidiar processos de regulamentação do sistema de saúde e de racionalização da utilização de recursos humanos, físicos e financeiros.

foram enfocadas as quatro características próprias da APS, mas registramos ainda duas características que são derivadas das já descritas:

•a competência cultural, que trata da capacidade das equipes de saúde em reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades específicas de sub-populações, que podem estar afastadas dos serviços pelas peculiaridades culturais, como diferenças étnicas e raciais, entre outras; e

•a orientação comunitária, que se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento desse contexto social.

Estas duas características têm os agentes comunitários de saúde como atores importantes para sua viabilização na experiência brasileira.

Para finalizar esta seção, destacamos a coerência da opção brasileira, traduzida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com os valores, os princípios e os atributos da APS como é entendida internacionalmente (OPS/OMS, 2005).

ATIVIDADE 24

PERDIDOS NO MAR

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Exercitar o planejamento em grupo e a definição de prioridades;
- Identificar aspectos que interferem na resolução de um problema em grupo;
- Analisar o trabalho em grupo.

Material

- Texto “Perdidos no Mar”;
- Folha de gabarito.

TEXTO PARA LEITURA

PERDIDOS NO MAR

.....

Você está flutuando num iate particular no oceano atlântico. Um incêndio de origem desconhecida destruiu grande parte dos pertences do barco. Agora, ele desliza vagarosamente. Sua localização é incerta, porque o equipamento importante para a navegação foi destruído.

Já que você e a própria tripulação não conseguem controlar o fogo e, pelo cálculo mais otimista, o iate está a, aproximadamente, dez mil quilômetros a sudeste da terra firme, vocês decidem abandonar o barco.

Abaixo encontra-se uma lista de quinze itens que permanecem intactos e não foram atingidos pelo fogo. Além disso, você tem a sua disposição um bote salva-vidas com remos. É suficientemente grande para você, a tripulação e todos os itens relacionados abaixo. Os sobreviventes só levam cigarros, alguns fósforos e uma nota de cem reais no bolso.

Sua tarefa consiste em enumerar os quinze itens abaixo em termos de importância para sua sobrevivência. Coloque o número 1 para o item que, no seu entender, é o mais importante, o número 2 para o segundo mais importante até o número 15 para o menos importante.

( ) Sextane: instrumento elaborado para medir a abertura angular da vertical de um astro e o horizonte para fins de posicionamento.
( ) Espelho médio
( ) Cinco galões de água
( ) Um mosquiteiro
( ) Alimento concentrado
( ) Mapa do oceano atlântico
( ) Um colchão flutuante
( ) Dois galões de óleo misturado com gás
( ) Um pequeno rádio transmissor
( ) Um repelente de tubarões
( ) Um plástico de seis metros quadrados
( ) Três litros de rum
( ) Trinta metros de corda nylon
( ) Três caixas de chocolate
( ) Equipamento de pesca

TEXTO 2
PERDIDOS NO MAR - GABARITO

De acordo com os especialistas, as bases para sobrevivência de uma pessoa perdida no meio do oceano, são artigos para chamar a atenção e de sustento, até que chegue recurso de salvamento. São de pouca importância artigos de navegação. Mesmo que com um pequeno bote salva-vidas se possa alcançar a terra firme, impossível seria estocar comida e água para todo o período, por isso são de primeira importância o espelho e os dois galões de óleo misturado com gás. Esses itens pode ser utilizados para sinalizar um salvamento de ar ou mar. São de segunda importância os itens com água e alimento, por exemplo o alimento concentrado.

Uma explicação racional breve, ajudará a compreender a enumeração de cada item. Naturalmente, não representam todo o potencial usado em cada item específico, mas, antes, a importância de cada um.

1)Espelho médio – importante para fazer a sinalização para o salvamento.
2) Dois galões de óleo misturado com gás – importante para a sinalização, já que o óleo misturado com gás flutua na água e pode se incendiado com a nota de cem reais e o fósforo, obviamente fora do bote salva-vidas.
3) Cinco galões de água – necessária para saciar a sede.
4) Alimento concentrado – para alimentar-se, evidentemente.
5) Um plástico de seis metros quadrados – para coletar água da chuva, servir de abrigo, etc.
6) Três caixas de chocolate – uma reserva de comida.
7) Equipamento de pesca – uma provisão de alimentos, se necessário.
8) Trinta metros de corda nylon – para juntar os equipamentos para não se perderem.
9) Um colchão flutuante – se alguém cair ao mar, pode servir de salva-vida.
10) Um repelente de tubarões – o uso é óbvio.
11) Três litros de rum – antisséptico contra infecções.
12) Rádio transmissor – é de pouco uso, uma vez qe não há muita possibilidade de transmitir.
13) Mapa do oceano atlântico – sem uso, sem equipamento adicional de navegação. Não nos permite localizar onde está o socorro.
14) Mosquiteiro – não há mosquitos no oceano.
15) Sextane – relativamente sem uso, uma vez que não há cronômetro, nem marcação.

ATIVIDADE 25

ATENÇÃO PRIMÁRIA: A REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Compreender a centralidade estratégica da Saúde da Família na reorientação do modelo de atenção à saúde e na organização da Atenção Primária no país;
- Compreender os fundamentos da Estratégia de Saúde da Família.

Material

- Papel kraft, pincel atômico e fita crepe;
- Textos: "Estratégia Saúde da Família (ESF)".
  "Política Nacional da Atenção Básica"

TEXTO PARA LEITURA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)[34]

.....

Saúde da Família: fundamentos e objetivos[34]

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em junho de 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

A Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da prática assistencial, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência - orientado para a cura de doenças e hospitalização. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas. O PSF foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, permitindo aos gestores do SUS aprofundar o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir. Ele também viabiliza o princípio Constitucional de que o Estado deve garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Atenção Primária à Saúde (APS) e o PSF se baseiam na modificação positiva do modo de vida da população, a partir do controle dos fatores ambientais, sociais e da mudança do estilo e conduta de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação de hábitos mais saudáveis. O processo saúde-doença é determinado por múltiplas causas e fatores relacionados às condições de vida da população. Portanto, é importante a participação ativa de todos os setores da administração do município, outros atores sociais e a comunidade para a identificação de problemas e necessidades de saúde do povo e a adoção de medidas concretas para melhorar a qualidade de vida.

Outro aspecto importante para a mudança do modelo de assistência à saúde é o envolvimento da equipe de saúde com o dia-a-dia da comunidade. Essa equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, no encaminhamento de problemas que não pode resolver e na sua atuação em situações que sinta segurança e capacidade para intervir.

[34]Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora. Curso técnico de agente comunitário de saúde: guia curricular do módulo 1. Alagoas; 2005. [Texto adaptado].

A Saúde da Família vem demonstrando ser mais do que um programa específico. Ela é a estratégia que define o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal. Todas as pessoas cadastradas são atendidas na Unidade de Saúde da Família com igualdade de direitos. Recebem assistência naquilo em que necessitam, de forma permanente e pela mesma equipe. Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizadas sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida.

A ESF deve considerar vários componentes ou requisitos, além do estabelecido na legislação vigente, tais como:

Territorialização: cada equipe deve ter como responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma área e uma população definida;]
Hierarquização - referência e contra-referência: relação entre serviços básicos, especializados e hospitais, que garantam a completa atenção da saúde onde e quando requeira a população;
Atenção ativa: a equipe terá que ir à comunidade, à família, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções, em conjunto com as próprias famílias e população. Deverá ainda orientar, informar e promover educação sanitária;
Globalidade: a atenção à saúde deverá ser voltada para todos: doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos;
Continuidade: a população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente;
Participação: a participação de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho da ESF é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

Política Nacional da Atenção Básica[35]

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:
I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000
habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

(...)

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:
I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com traba lho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

[35]Política Nacional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 07 out 2011.

ATIVIDADE 26

DINÂMICA: DESAFIO

.....

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivos

- Sensibilizar a turma sobre a importância do trabalho em equipe;
- Exercitar o espírito de equipe na busca de soluções conjuntas.

Material

- Nenhum

ATIVIDADE 27

DIAGNÓSTICO: PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Identificar o conhecimento prévio dos alunos sobre o processo saúde-doença.

Material

- Papel A4,papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

ATIVIDADE 28

REFLEXÃO

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o conceito de problema a partir da definição dada por cada aluno.

Material

- Papel A4.

ATIVIDADE 29

PROBLEMA? O QUE É?

.....

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo

- Compreender o conceito de problema.

Material

- Texto: “A noção do problema”.

Desenvolvimento

- Pedir que cada aluno leia um parágrafo do texto: “A noção do problema”;
- Relacionar o conteúdo do texto com as respostas apresentadas em grupo na atividade anterior;
- Concluir estimulando o grupo a associar o diagnóstico e o plano de ação como uma ferramenta do Planejamento Participativo.

Fechamento

- Fazer a sistematização da atividade.

TEXTO PARA LEITURA

A NOÇÃO DE PROBLEMA[36]

.....

“Da aparência à essência ou de como
a partir da ponta do novelo se chega”.

Problema: o que é? Uma questão (qualquer pergunta, qualquer indagação)? Uma questão complexa? Uma questão cuja resposta é desconhecida? Um mistério? Um obstáculo? Uma dificuldade?Uma dúvida?

Uma questão; uma questão complexa; uma resposta desconhecida; um mistério; um obstáculo... em si, não caracteriza o problema. Aquilo que faz com que uma situação se apresente como problema é a necessidade que temos de superá-la.

Afinal o que é problema?

Um problema é, então, uma questão cuja resposta se desconhece e se necessita conhecer; um obstáculo que é necessário transpor; uma dificuldade que precisa ser superada; uma dúvida que não pode deixar de ser dissipada. Ou, ainda, como afirma Alves (2005.p.23), problema é a distância existente entre a realidade desejada pelos atores sociais e a situação encontrada. O problema tem uma dimensão subjetiva e uma dimensão objetiva. Isto significa que para afirmarmos que existe um problema temos de verificar:

a) a existência de uma situação de necessidade;

b) a existência de uma conscientização (isto é, de sujeitos que percebam) da necessidade.

A essência do problema, por vezes, está “escondida” por trás das manifestações. A analogia mais simples é encontrada na medicina: quando alguém tem febre (que é manifestação de algo que está errado

[36]Este texto foi extraído do texto: Problema:o que é?Elaborado pela equipe do projeto de cooperação técnica às SÉCS no âmbito da avaliação educacional, CENAFOR, 1983.Sendo adaptado para trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde. In.: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005.

no organismo) há necessidade de se verificar o que está causando a febre (para curar a pessoa). Se for usado apenas antitérmico, a manifestação será combatida e o problema permanecerá. É importante não confundir a manifestação do problema com a sua essência, a sua raiz. Muitas vezes, essas manifestações são percebidas como "aparência" dos problemas. No entanto, revelam alguma coisa que é preciso buscar, que é preciso desvelar: a essência, a raiz do problema.

O que se deve fazer, então, para separar o que é essência do problema daquilo que é sua manifestação?

Primeiramente, deve-se perceber a importância, o "valor" que a manifestação do problema tem, pois se a manifestação esconde a essência só é possível chegar a esta através daquela. É através da manifestação, portanto, que o sujeito mais atento chega à raiz do problema, localizando-o dentro de um determinado todo. O importante é não confundir a manifestação com a essência do problema. O importante é não parar por aí.

Para se chegar à essência do problema, o importante é perguntar. Muitas perguntas deverão ser feitas. É perguntar, perguntar, perguntar, sem ter a preocupação de encontrar respostas fáceis. O técnico é antes de tudo um investigador, daí sua necessidade de estar sempre perguntando.

Por que e para que o técnico pergunta tanto? Ele pergunta para poder criar uma situação que faça a comunidade parar para refletir sobre seus problemas, identificando o que precisa ser feito para solucioná-los e, posteriormente, planejar a ação.

David Werner apud Brasil (2000. p.59) idealizou o jogo de perguntas para auxiliar o grupo a descobrir as causas mais profundas, ou seja, a essência dos problemas - mas por quê? Veja um exemplo:

"A criança esta com o pé inflamado"

Mas por quê?

"Porque pisou no espinho".

Mas por quê?

"Porque estava descalça".

Mas por quê?

"Porque não tinha sandália".

Mas por que não tinha?

"Porque arrebentou e seu pai não tinha dinheiro para comprar outra"

Mas por quê?

Assim, perguntando e refletindo podemos chegar à ponta do problema. As perguntas formuladas não esgotam, quase sempre, a problemática em toda a sua complexidade. Entretanto, elas são indispensáveis para que o sujeito possa chegar à essência do problema, que deve ser buscada na totalidade histórico-social e, no caso específico do trabalho da Equipe de Saúde da Família, no todo complexo da política de saúde pública brasileira. Continuando nesta linha de reflexão, podemos perceber que o que denominamos de "cerne do problema" ou raiz do problema, não pode ser compreendido como tendo um componente único. Este "cerne" é uma complexidade que o sujeito necessita conhecer. E qual seria esse "cerne do problema?". Tentando responder à questão acima, podemos concluir que a essência do problema deve ser buscada, de um lado, no conjunto de elementos que reflete o contexto histórico-social no qual os sujeitos estão inseridos e, de outro lado, nas limitações dos próprios sujeitos envolvidos (que devem estar atentos aos fatores que influenciam as suas práticas cotidianas); nas condições do local de trabalho e nas limitações da comunidade local.

Finalmente, queremos ressaltar que o caminho que vai da manifestação à essência do problema é um desafio que se apresenta constantemente ao sujeito. Não é um caminho em linha reta. É um caminho tortuoso que implica em idas e vindas, em avanços sucessivos em relação a uma clareza maior do "problema em si" e de suas diferentes direções. Portanto, nada como uma boa ponta para desnovelar um bom novelo.

ATIVIDADE 30

HISTÓRIA DA SAÚDE E DA DOENÇA

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender a história e a evolução das diversas formas de se pensar o processo saúde e doença.

Material

- Sugestão: fotos, gravuras.

TEXTO PARA LEITURA

O SIGNIFICADO DA SAÚDE E DA DOENÇA NAS SOCIEDADES

.....

Cristiana Leite Carvalho[37]
Evanilde Maria Martins[38]

Desde muito cedo, o homem preocupou-se em buscar explicações sobre sua inserção no mundo e sobre as coisas que nele ocorriam. A procura de um significado para a saúde ou "estado saudável" dos indivíduos e para a ocorrência de doenças sempre fez parte dessas tentativas de entender o mundo. Cada época da história da humanidade carrega um conceito diferente para esses termos, que vai variar em cada momento vivido pelos homens, em cada sociedade. Os homens sempre estudaram e perguntaram: O que é saúde? O que é doença? E suas respostas foram variadas, uma vez que o significado da saúde e da doença depende da concepção que se tem do ser humano e da sua relação com o ambiente.

A história da saúde e da doença retrata as diferentes formas de compreender e de intervir sobre o sofrimento dos homens na doença, em diferentes momentos da nossa existência. Esse documento tem como objetivo explorar um pouco dessa história, especialmente da que se passa no mundo ocidental.

Medicina primitiva e religiosa

Nas comunidades primitivas do mundo ocidental, numa época em que a escrita ainda nem existia, e o homem vivia em tribos, a explicação para o aparecimento das doenças era encontrada em "um poder mais forte que dominava a pessoa enferma" (Sigerist, 1987).

A doença podia tanto ser fruto de algum espírito que havia tomado conta do corpo do indivíduo, quanto fruto da feitiçaria lançada por outra pessoa ou, ainda, um castigo lançado por forças sobrenaturais. Esse conceito primitivo de enfermidade era um conceito mágico, religioso, numa época em que a diferença entre religião e magia era quase inexistente. De maneira geral, nessas comunidades primitivas, os tratamentos para as doenças eram realizados através de rituais de magia e feitiçaria executados pelos curandeiros das tribos. Existiam, ainda, outras formas de tratamento que não eram "mágicos", como as massagens, os banhos e as sangrias ou o uso de plantas medicinais, mas esses estavam quase que, invarialvelmente, associados aos rituais.

Com o desenvolvimento das sociedades primitivas, a religião foi, aos poucos, ocupando um lugar principal nas explicações dos problemas de saúde, e a doença passa a ser interpretada como a vontade dos Deuses. O curador passa a ter um caráter de médico-sacerdote, que entendia tanto das doenças quanto dos Deuses. Embora esse período estivesse dominado pela medicina religiosa, ainda permanecia forte entre os povos

[37]Professora do Departamento de Odontologia da PUC/MG; Mestre em Saúde Pública.

[38]Cirurgiã-Dentista; Mestre em Educação pela FAE/UFMG; Especialista em Odontologia Social; Professora do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva do DOPUC/MG e Professora Adjunta da disciplina de Odontologia Social - DOPUC/MG.

alguns elementos da medicina primitiva. Dessa forma, para obter a cura dos doentes, os encantamentos e feitiçarias eram utilizados juntamente com as rezas e exorcismos próprios dos religiosos.

Medicina hipocrática

A evolução da sociedade trouxe uma nova interpretação para a saúde e a doença. No chamado período grego da civilização humana, destaca-se a tentativa de compreender a sociedade e seus problemas negando-se as explicações mágicas e mitológicas dominantes até então. Essa época pode ser caracterizada pela vida nas cidades; pelo aparecimento do comércio e das feiras; pelo desenvolvimento da escrita e das artes - da arquitetura, da escultura, da pintura e também das artes teatrais; pelo desenvolvimento da cultura e pelo aparecimento de grandes pensadores. Foram muitos os pensadores gregos que contribuíram para essa nova etapa de compreensão da natureza e do mundo. Um dos primeiros filósofos gregos, Tales de Mileto, que viveu muito antes de Cristo, achava, por exemplo, que a explicação de todas as coisas estava na natureza e que a principal causa de tudo o que ocorria era a umidade. Outras explicações, da parte de outros filósofos, reconheciam no ar ou no infinito a razão de suas investigações. Os pensadores gregos ampliaram seus estudos para os problemas relacionados com a saúde e a doença, estabelecendo sistemas de medicina mais racionais, cujas explicações também se baseavam nas observações e reflexões dos homens acerca da vida e da natureza. Entre esses homens, podemos destacar Pitágoras, que ficou bastante conhecido no campo da matemática e que prestou um papel muito importante para o desenvolvimento das primeiras concepções sobre saúde. Pitágoras e seus seguidores acreditavam na "vida pura", que seria alcançada através de uma dieta física e mental destinada a proporcionar-lhes resistência a todos os males. Assim, se alguma doença aparecia, eles tentavam curá-la, ou através de medicamentos, quando os males eram do corpo, ou através da música, quando os males eram da mente.

Ainda nesse período, apareceram explicações sobre o mundo que dominaram o pensamento humano por um longo período de tempo, permanecendo com maior ou menor ênfase até os séculos XVII e XVIII. Nessa visão, o mundo era formado por quatro elementos: terra, água, ar e fogo. Mais uma vez, essas interpretações serviram para o desenvolvimento dos conceitos de saúde e de doença. Nessa época, esses conceitos eram muito discutidos, especialmente nas primeiras escolas de medicina; escolas que eram diferentes das nossas, sem prédios ou laboratórios e clínicas; compostas apenas dos médicos e dos seus seguidores. Os médicos dessas escolas nos deixaram seus escritos sobre saúde e medicina, e seus conceitos são referenciados como sendo os pensamentos de um homem que viveu como mestre e médico naquela época - Hipócrates. É através de Hipócrates que começa uma longa história da medicina, sobre a saúde e a doença e sobre suas possibilidades terapêuticas, cujos ensinamentos foram hegemonicamente utilizados há até pouco tempo atrás, no século passado.

A saúde para Hipócrates significava uma condição de equilíbrio perfeito. Mas esse equilíbrio podia transformar-se em doença, devido a vários fatores externos, provenientes do ar, de uma dieta defeituosa, de uma forma equivocada de vida, entre outros. O desequilíbrio se manifestava através de sintomas, de dores, febres, inflamações, etc.. Da mesma forma que os pensadores tentavam entender os elementos formadores do mundo, os médicos tentavam, a partir da idéia de equilíbrio perfeito, descobrir quais eram os componentes essenciais do corpo humano que mantinham o equilíbrio durante o estado de saúde. Eles também encontraram quatro "elementos", chamados humores. Os quatro humores que constituíam o corpo humano eram: o sangue (no coração), a fleuma (no cérebro), a bílis amarela (no fígado) e a bílis negra (no baço).

Galeno, que viveu no século II depois de Cristo, desenvolveu a teoria dos humores ainda mais, e a fazia explicar e tratar muitas doenças do organismo humano. Tal como o mundo, o sangue era quente e úmido como o ar; a fleuma era fria e úmida como a água; a bílis amarela era quente e seca como o fogo; a bílis negra era fria e seca como a terra. O homem teria boa saúde quando os humores estivessem normais, em quantidade e qualidade. 0 corpo adoecia como resultado de perturbações externas ou internas. Quando isso acontecia, um dos humores ficava em quantidade ou qualidade anormais e dominava o resto, causando um desequilíbrio no organismo. Nesse caso, o próprio corpo, com seu poder de "auto-cura", recuperava-se desse desequilíbrio, eliminando do organismo as substâncias e impuras (através da urina ou das matérias fecais, do pus ou do suor). Nesse caso, o equilíbrio se estabelecia novamente e o doente se curava. Essa teoria permitiu que os médicos criassem um sistema de tratamento mais racional através do uso de medicamentos. As doenças eram então tratadas por substâncias da natureza, usadas para produzir os medicamentos, de características contrárias a elas, ou seja, as doenças quentes e úmidas eram tratadas com as drogas frias e secas. E assim por diante

Medicina moderna

Com o desenvolvimento das sociedades através dos séculos, o homem encontra com algo mais do que apenas explicações filosóficas sobre os problemas de sua existência, inaugurando um novo e importante período da sua história. É a época das grandes descobertas, do predomínio do pensamento científico. Estamos aqui considerando os grandes descobrimentos que aconteceram no mundo ocidental a partir dos séculos XVI e XVII. A ciência que se desenvolve a partir dessa época começa a lançar luzes e possibilitar descobertas também na área médica. Como em todas as épocas, as explicações sobre a saúde e o desenvolvimento do sistema médico dependiam - e dependem até hoje - das interpretações mais gerais da sociedade. Dessa forma, a evolução da ciência médica e os conceitos sobre saúde e doença também acompanharam a evolução das outras ciências. A ciência tem um ritmo e uma forma própria de desenvolvimento. Ela descobre um pouquinho aqui, outro pedacinho ali e, aos poucos, vai desvendando os mistérios da vida. Foi assim que aconteceu com as explicações científicas para o mundo, e no nosso caso, para a saúde e para as doenças dos indivíduos. Nesse período de evolução da história da humanidade, o universo passa a ser visto como uma "grande máquina", cujo funcionamento podia ser comparado ao de um relógio; para os homens daquela época, o relógio era tido como uma máquina complexa e perfeita. O homem se via como o centro do universo e desafiava a sua compreensão e controle. Acreditava-se que essa natureza, que funcionava como uma máquina, também se manifestava internamente no corpo humano. Da mesma forma que o universo, o corpo humano foi também comparado com uma "máquina", perfeita, composta de partes, cada uma delas com sua própria função. Na era científica, importava observar e conhecer o homem de perto e entender o funcionamento de cada parte de seu corpo. A curiosidade dos homens se voltava para ele mesmo e ele buscava saber mais a seu respeito. O que é saúde? O que é doença? Por que os seres ficam doentes? As explicações passadas não satisfaziam a curiosidade humana, principalmente porque não podiam ser comprovadas e, mais do que isso, não traziam resultados eficazes, isto é, não traziam a cura nem diminuíam as doenças. As pestes continuavam dizimando populações. As doenças se tornaram o foco de todas as investigações e descobertas médicas. O homem buscou no próprio corpo a razão dos seus problemas; através do estudo da anatomia, seguiram-se inúmeras descobertas. Artistas e médicos, homens que viveram nos séculos XVI e XVII, como Leonardo da Vinci e Andrés Vesalius, abriram caminho para essas descobertas, dissecando cadáveres e descrevendo o que neles encontravam. De fato, o estudo anatômico possibilitou o desenvolvimento do pensamento humano sobre o estado saudável, a normalidade e a função. A doença, no entanto, ainda era explicada pela forma tradicional, como um desequilíbrio, uma perturbação das funções dos órgãos do corpo humano.

Mais tarde, a medida em que os anatomistas dissecavam cadáveres, eles descobriam condições anormais (úlceras, tumores, cálculos, etc.) em órgãos específicos e as relacionavam com as doenças sentidas em vida. Doenças como pneumonia, câncer e outras, podiam ser comparadas com os sintomas em vida e com as deformações dos órgãos depois da morte. Através da observação científica, o homem descobria o tipo de doença que afligia o organismo; ele podia, assim, estabelecer um diagnóstico. Dos órgãos, os anatomistas passaram a investigar os tecidos e, depois, as células, sem, contudo, explicar definitivamente as causas dos problemas de saúde.

A anatomia patológica contribuiu para que a doença fosse interpretada como um defeito ou mal funcionamento de partes do corpo humano, e a saúde, como a ausência de sinais e sintomas. As causas da doença, ou melhor, do mau funcionamento da máquina humana, ainda permaneceriam sem comprovação por muitos anos. Também no que se refere ao tratamento das doenças, pouca mudança tinha ocorrido, predominando os pensamentos e atitudes terapêuticas antigos, da escola hipocrática. De fato, até o final do século XIX, poucas drogas foram testadas e aprovadas, e poucas doenças puderam ser tratadas com eficácia.

Era bacteriológica

Ainda no período da Medicina Moderna, uma revolução estaria para acontecer, trazendo profundas modificações para o pensamento e o agir médicos, estabelecendo de uma vez por todas o caráter científico da medicina: a revolução bacteriológica, isto é, a descoberta dos microorganismos como os agentes causadores das doenças. Tal revolução permitiu, entre outras coisas, desvendar e comprovar as verdadeiras causas das doenças, que permaneciam até aquele momento infundadas.

É importante destacar que nessa época, quer dizer, na segunda metade do século XIX, já se somavam várias teorias explicativas para as doenças, mas nenhuma que pudesse ser totalmente comprovada. Os microorganismos, as bactérias, não eram ainda conhecidos do homem. As doenças contagiosas, como a peste, o cólera e outras mais, eram muito conhecidas e haviam dizimado milhões de indivíduos em todo o mundo. Para

explicar as causas de tantos problemas, predominava entre os homens a teoria dos miasmas, que carregava dois conceitos importantes: do miasma e do contagium. O miasma era a substância patológica que invadia o organismo desde a natureza exterior; o contágio significava a substância patológica gerada no próprio organismo e que difundia a doença por meio do contato entre os indivíduos. Existiam, ainda, as doenças miasmático-contagiosas (a maioria era assim considerada), que podiam ser adquiridas tanto pelo exterior quanto por contato. Com a descoberta dos microorganismos, essas teorias vão, aos poucos, caindo em desuso, visto que a tão almejada comprovação científica para as causas das doenças, teria sido finalmente alcançada.

Foram muitos os cientistas que contribuíram para essa revolução na medicina, mas o trabalho de um deles mereceu destaque, por sua importante descoberta: o trabalho de Pasteur, cujas pesquisas trouxeram explicações definitivas e concretas sobre as substâncias que invadiam os corpos das pessoas e transmitiam as doenças. Estudando os microorganismos, por volta dos anos 1860, Pasteur inaugurou uma nova fase de descobertas para a medicina. Através dos seus estudos, ele pode finalmente comprovar o papel dos microrganismos (bactérias, fungos) na determinação das doenças.

Com a bacteriologia não restava mais dúvidas acerca da natureza da transmissibilidade. A partir de então, um cientista após outro, descobria algum microorganismo novo e o correlacionava com alguma doença. Um exemplo marcante foi a descoberta de Koch, na Alemanha, em 1882, sobre o bacilo da tuberculose. Koch estabeleceu que a tuberculose não se originava nem das alterações atmosféricas ou das péssimas condições ambientais e nem da hereditariedade, como era do pensamento comum daquela época. Sua causa estava ligada a um germe microscópico, "o bacilo de Koch ", capaz de se multiplicar no organismo e de ser transmitido de pessoa para pessoa, por contato direto ou através do ar. Essa descoberta, como tantas outras, teve um grande impacto sobre a prática médica; tornava possível atacar o mal pela raiz. Uma vez que se conhecia a causa imediata da doença, bastava procurar uma substância ou forma de combatê-la. Um série de medicamentos e vacinas foram desenvolvidos para o combate às doenças. A saúde pública, a higiene, a cirurgia, todos os campos do saber médico também se beneficiaram. O conceito sobre a doença mudou e os remédios para sua cura puderam ser cientificamente investigados no seu mecanismo de destruição das bactérias. As condições sociais e ambientais foram relegadas a um segundo plano, tanto em termos da causalidade nos processos de doença, quanto em termos da forma e do local de intervenção para a solução de problemas. A doença passa a ser concebida e conceituada como um fenômeno biológico, cuja cura deveria se restringir a uma maior ou menor eficácia dos medicamentos, técnicas e tecnologias sobre entidades patogênicas específicas (vírus, bactérias, vetores, etc.).

Pode-se dizer que essa forma de pensar e agir sobre a doença é ainda predominante nos dias de hoje, definindo, de maneira geral, a prática médica atual. Entretanto, outras formas de explicar e intervir sobre a saúde e a doença coexistem com essa idéia. É interessante destacar, entre essas, as idéias dos movimentos de Medicina Social e de Saúde Pública que, desde o século XVII, buscam interpretar o fenômeno saúde/doença de outra maneira, como veremos a seguir.

Medicina Social

A partir do século XVIII, a sociedade européia ocidental, passou por profundas transformações, com o desenvolvimento da indústria e com o crescimento das cidades, concentrando grandes contingentes de trabalhadores nas zonas urbanas. Tais trabalhadores, fugindo da miséria e da fome no campo, corriam em busca de melhor sobrevivência nas cidades, no trabalho das fábricas. Aí, eles encontravam condições ainda mais miseráveis de vida. Viviam amontoados em grandes cortiços, sem esgoto, sem água limpa, submetidos a uma carga excessiva de trabalho (muitas vezes, a jornada diária de trabalho ultrapassava dezesseis horas, para homens, mulheres e crianças).

Tais condições ameaçavam a organização social de, pelo menos, duas formas: no plano de desenvolvimento produtivo, os trabalhadores viviam doentes e desnutridos, afetados pelas péssimas condições de vida e pelo trabalho extremamente insalubre; no plano social, constituíam-se numa ameaça para os ricos, em função da quantidade de doenças transmissíveis existentes entre eles. Os países em fase de grande desenvolvimento e crescimento econômico, preocupados com essa situação de pobreza e miséria dos seus trabalhadores, passaram a adotar medidas nacionais de saúde pública, destinadas principalmente a essa parcela da população. O Estado assume gradativamente o papel de intervir na vida dos indivíduos e das comunidades, defendendo o interesse "geral" de bem estar econômico e social. Diferentes países adotaram medidas distintas de saúde pública, com um objetivo comum: melhorar as condições de saúde dos seus trabalhadores, para uma maior produção e desenvolvimento econômicos.

Os médicos também tiveram participação na elaboração e adoção de tais medidas. Alguns chegavam a evocar que a medicina era a chave da solução de todos os problemas sociais. Virchow, um patólogo alemão do século XIX, dizia que "a medicina é uma ciência social" e que a "política não é mais que a medicina em grande escala", defendendo a idéia de que os médicos, por estar em contato íntimo com o povo e conhecer suas condições de vida melhor do que ninguém, eram os advogados naturais dos pobres, e que os problemas sociais pertenciam amplamente à sua área de atuação. Esses pressupostos inauguram um novo olhar médico sobre a saúde e a doença. Surgem correntes de pensamento médico direcionadas a buscar a determinação ou causalidade das doenças nas condições de vida (sociais, políticas e econômicas) de grupos particulares de indivíduos, e buscar soluções coletivas para as situações de doença.

Dentre as muitas propostas e correntes de pensamentos que surgem no bojo dos movimentos de medicina social, estavam aquelas que propunham ações mais revolucionárias, no sentido de buscar profundas transformações na estrutura da sociedade; e outras que propunham ações de caráter mais higienista, com predominância da intervenção no ambiente físico das cidades ou na educação das pessoas, para modificação dos seus comportamentos e hábitos.

No século XX, tais movimentos ganham maior ou menor força de atuação de acordo com o desenvolvimento das formas de produção e de acordo com a participação do Estado nas questões sociais, em cada época. A partir dos anos 60, intensificam-se as investigações em saúde que buscam alguma relação entre as formas como os indivíduos se inserem na sociedade (condições de trabalho, moradia, alimentação, acesso aos bens de consumo coletivo, como água tratada, esgoto, escola, serviços de saúde, lazer e participação política) e suas condições de saúde.

De maneira geral, para a medicina social, a intervenção médica direta, através de medicamentos e cirurgias, não é suficiente para estabelecer ou re-estabelecer um estado de saúde deteriorado pela estrutura social. Ela acredita que a melhoraria das condições de saúde das populações depende de mudanças na sociedade; "onde o homem é livre, próspero, educado e democrata, não há doenças" (MADEL, 1988).

Em resumo, existem variadas formas de se pensar e agir sobre o processo saúde/doença na nossa sociedade, tanto do ponto de vista dos profissionais de saúde quanto dos próprios usuários. Entretanto, a visão biologicista e a busca para uma causa específica e, conseqüentemente, uma terapêutica única para o tratamento de uma determinada doença, continua sendo a base da ciência médica e da forma de se enfrentar os problemas de saúde na população.

Considerações finais

Hoje, convivemos com uma infinidade de conceitos sobre a saúde e a doença, mas o que prevalece, como já foi dito, é o conceito considerado cientificista, uni ou multicausal. Numa perspectiva de se avançar sobre uma visão mais restrita, isto é, de que saúde significa ausência de sintomas, a Organização Mundial de Saúde, através de seu estatuto, descreve o conceito de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades". Apesar de ser uma definição mais abrangente, que inclui a saúde do corpo e da mente, e que menciona a questão social, esta definição parece algo irreal, pois descreve a saúde como um estado de perfeição, estático, inalcançável, pois desconsidera as constantes mudanças e evoluções fisiológicas, bem como as transformações que ocorrem no plano psíquico e social, do indivíduo e da coletividade.

Para Dejour (1986), um crítico ao conceito da Organização Mundial de Saúde, a saúde não é naturalmente dada. A saúde deve ser vista como algo a ser conquistado individual e coletivamente em cada sociedade e que, para que haja esta conquista, é fundamental o papel que cada pessoa exerce no seus espaços de convivência. Conclui o autor, que a saúde não é um assunto restrito ao plano das instituições médicas ou do Estado. Existe um papel de responsabilidade de cada ser humano na sua saúde e na saúde da sociedade onde ele vive.

Outros autores, como Souza (1982), Borges (1989) e Minayo (1989), acreditam que, para estudar a saúde e a doença, não basta somente entender este fenômeno através do olhar da ciência e da prática médica; é necessário analisá-lo através da forma como esse é visto e vivido pelos indivíduos. Assim, busca-se sair da análise abstrata da saúde (como equilíbrio perfeito), e da doença (como a desordem indesejada), para centrar o olhar nos indivíduos, nas suas crenças sobre o porquê e o como se adoece, isto é, no significado da doença para o doente e para o meio onde ele vive e, finalmente, conhecer as formas terapêuticas que as pessoas acreditam possam produzir a cura. A compreensão da doença pelo doente, segundo esses autores, traz junto sua história de vida e não está restrita à descrição de alterações funcionais dos órgãos de seu corpo. Nesse

sentido, **compreende-se que a saúde e a doença são reflexos da vida social no corpo dos indivíduos.**
Partindo desse tipo de compreensão, Souza (1982) afirma que, para as classes populares, não existe uma relação linear entre "estar" doente, fato medicamente constatável, e "sentir-se" ou "poder" ficar doente, dimensões que se redefinem de acordo com a inserção social dos indivíduos. Nem sempre se tem condições de assumir os males do corpo. O conceito de doença pode ser a incapacidade para trabalho. Se a alteração ou problema de saúde não é suficiente para impedir a capacidade de desempenhar as tarefas cotidianas, elas são vistas apenas como pequenos incômodos, que mais dia menos dia irão passar.
O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no Brasil, apresenta um conceito que diz que "a saúde está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação". Tal conceito procura especificar os problemas geralmente relacionados às condições de saúde e doença da população sem, contudo, estabelecer um estado ideal e perfeito a ser alcançado. O conceito sugere que, para ter saúde, é preciso ter, melhores condições de existência humana. Dentro dessa visão mais ampliada de saúde e doença, cuidar da saúde significa intervir também na organização da estrutura social, para a melhoria das condições de vida e de trabalho, e para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, entendido como direito de todo cidadão.
Com tantas ideias e conceitos a respeito do processo saúde/doença, não é de se estranhar que vivemos, ainda hoje, com uma infinidade de explicações para a doença, para suas causas e para suas formas de tratamento. Na verdade, nem mesmo as idéias da medicina mágica e religiosa desapareceram totalmente. Até hoje, frente a um quadro de doença grave ou incurável, é comum alguém dizer (e acreditar) que "aquilo foi castigo de Deus".
Finalmente, é importante interrogar quais seriam as conseqüências do pensamento e da prática médica dominantes atualmente. Os grandes êxitos da ciência médica moderna estão baseados na lógica do homem/máquina, dividido em órgãos e sistemas, e no conhecimento detalhado dos mecanismos celular e molecular, tanto em estado saudável quanto na enfermidade. Na maioria das vezes, as pesquisas médicas não consideram as influências do meio social, cultural, quer dizer, da forma como os indivíduos se inserem na sociedade e avaliam seus próprios problemas de saúde. E quando as consideram, são como fatores isolados. A solução dos problemas de saúde, mesmo nesses casos, é buscada nas medidas específicas e individuais, através de medicamentos ou de intervenções cirúrgicas, nem sempre resultando num quadro de melhoria da saúde da população.
Por outro lado, os problemas de saúde e doença têm muito que ver com a falta de acesso aos serviços de saúde de determinados grupos sociais, em geral, os que mais deles necessitam. No nosso país, como em muitos outros países em desenvolvimento, a grande maioria da população vive à margem dessa evolução médica, dependendo dos serviços públicos de saúde, na sua maioria caracterizados pela demanda excessiva, pela oferta limitada de tratamento e pela baixa qualidade da assistência. Na visão de um grande historiador, Jacques Le Goff (1985), "as pessoas mais pobres sempre estiveram à margem dos cuidados de saúde, as práticas médicas tidas como oficiais nunca foram destinadas para toda a humanidade". Apesar do avanço científico da área, tais grupos não têm se beneficiado desses "progressos", o que nos faz reforçar, ainda mais, a necessidade de um sentido social para as práticas de saúde, seja no pensamento sobre a determinação das doenças, seja na distribuição mais igualitária dos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

BORGES, S. M. N. & ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: Demandas populares, políticas públicas de saúde. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989.
CAPRA, F. O ponto de mutação; a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.
LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: Medicina social, aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
LE GOFF, J. As doenças têm história. Lisboa: Terramar, 1985.
MADEL, T. L. Natural racional social, razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campos, 1988.
MINAYO, Maria Cecilia Souza. Na dor do corpo o grito da vida. In: Demandas populares, políticas públicas de saúde. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989.
NUNES, E.D. Medicina social, aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
_____.(1958) A history of public health. Expanded Edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993.
SIGERIST, H. Hitos en la historia de la salud publica. 3a. edição. México: Siglo Veintiuno Editores, 1987.
SIGERIST, H. A history of medicine. Vol. II. New York: Oxford University Press, 1961.
SIGERIST, H. Civilización y enfermedad. México: Biblioteca de la Salud - Instituto Nacional de Salud Pública, 1987.
SOUZA, Lúcia de. A saúde e a doença no dia-a-dia do povo. Cadernos do CEAS, Salvador, n.77 p.18-29, jan./fev. 1982.

ATIVIDADE 31

A POPULAÇÃO E OS PROBLEMAS DE SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Reconhecer como a população entende e enfrenta seus problemas de saúde.

Material

- Nenhum.

ATIVIDADE 32

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Ampliar o conhecimento sobre os determinantes sociais e o processo saúde-doença.

Material

- Texto:"O processo saúde-doença" .

TEXTO PARA LEITURA

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

.....

O conceito de saúde que temos nos dias atuais é muito mais abrangente e passa pelo atendimento às necessidades que o indivíduo ou a coletividade têm para viver dignamente. A saúde é muito mais do que não ter doença e pode ser considerada como um estado que no nível individual pressupõe a sensação de bem-estar. No nível coletivo, populacional, a saúde e a doença, ou melhor, a saúde e os problemas de saúde, são construídos socialmente, mediante processos. Os fatores gerais que participam nestes processos são de várias origens e todos atuam em uma teia: a biologia humana, o ambiente, os modos de viver e o sistema de saúde.

Conforme o problema de saúde, um fator pode ser mais decisivo que outro. Por exemplo, nas doenças diretamente associadas a malformações congênitas, o peso da biologia é maior. Nas doenças sexualmente transmissíveis, os estilos de vida são mais importantes. Nas intoxicações por agrotóxicos os fatores ambientais são predominantes. Mas todos atuam sobre os problemas de saúde de forma integrada.

Em geral, considera-se que o ambiente e os **modos de vida** têm um maior peso na produção social dos problemas de saúde. No caso do ambiente, considera-se tanto o **ambiente natural** como o psicossocial. O ambiente natural é aquele que expressa às relações entre os seres vivos ou não vivos, por exemplo, entre rochas, relevos e vegetação e o mundo animal. Mas os homens transformaram os lugares onde vivem de forma permanente, e o desenvolvimento científico e tecnológico amplia a intensidade destas transformações. De modo geral, considera-se que nas áreas rurais as transformações são menores, e os homens estão mais próximos e com mais contatos com o ambiente natural. Ao contrário, nas áreas urbanas a relação com o ambiente natural é quase inexistente, e as densidades de população são mais elevadas.

No ambiente construído, além de participarem objetos (habitações, ruas, supermercados, etc.) criados pelas modificações e transformações humanas, estão expressas as mudanças qualitativas e quantitativas, muitas vezes com resultados negativos, dos componentes naturais.

Dentre os processos mais conhecidos que deterioram os componentes ambientais e a saúde da população, está a contaminação ou a poluição. Trata-se de adições ou subtrações de substâncias nestes componentes que mudam suas características naturais, na água, no ar, no solo e no mundo vivo .

As pessoas também vivem em um ambiente social e se relacionam através de redes entre indivíduos ou grupos sociais. Essas redes definem padrões culturais, produtivos e de consumo. Além disso, essas redes moldam os sentimentos, valores, reações e hábitos associados às diferentes situações. Por isso se fala em um ambiente psicossocial. O modo de vida é condicionado pela renda familiar proveniente de qualquer fonte (salário ou não), que, por sua vez, influencia os padrões de consumo de bens e serviços. O relacionamento entre as pessoas e com os lugares se constrói no cotidiano, e também influenciam esse relacionamento a história familiar, ou registros de vida em lugares onde se viveu anteriormente.

Portanto, os homens vivem em um ambiente total, como um sistema que integra três subsistemas: o natural, o construído, o social ou psicossocial.

Estes ambientes mudam de forma permanente no espaço e no tempo, e muda também a percepção das pessoas sobre eles. Este é um aspecto muito importante para a saúde. Por vezes a percepção sobre a deterioração ocorre de diferentes formas e intensidades para cada indivíduo, em função de múltiplos fatores – sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, etc. São exemplos à exposição a processos que produzam agravos à saúde como os vetores transmissores de doenças como a dengue, o ruído no ambiente de trabalho ou nas ruas, ou o ar que respiramos nas grandes cidades.

As formas com que os homens se reproduzem e reproduzem suas relações com os outros homens e com seus ambientes definem suas condições de vida. Além da reprodução biológica da população, nas suas vidas intervém a reprodução ecológica ou ambiental, a econômica e a da consciência-conduta. Todas elas se

[39]BRASIL, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) O território e a Vigilância em Saúde. In: BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.; Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/ PROFORMAR, Módulo 3, 2003.

articulam e expressam as dimensões das condições de vida, decisivas no perfil de problemas e necessidades de uma dada população em determinado território.

Assim, em espaços com intensa deterioração ambiental – seja do ar, da escassez ou má qualidade da água de consumo ou dos serviços de saneamento em geral – as condições de vida não podem ser satisfatórias, e, com certeza, o perfil de problemas e necessidades em saúde estará em íntima relação com estes problemas. Por sua vez, a situação econômica condiciona o salário ou ingresso familiar proveniente de qualquer fonte e praticamente decide os lugares onde se mora e os padrões de consumo de bens e serviços, incluindo o acesso aos serviços de saúde. No entanto, a reprodução da consciência-conduta individual ou de um grupo social está em íntima relação com as demais dimensões em decorrência do relacionamento entre pessoas e com os lugares onde se constrói o cotidiano, valores, crenças e hábitos, mesmo que nelas também participem as heranças da história familiar, ou marcas da vida em lugares onde se viveu anteriormente.

É no dia-a-dia que as pessoas se expõem as situações que beneficiam ou prejudicam sua saúde. Na vida cotidiana, construímos nosso bem-estar e nossa saúde no território, as pessoas estudam, produzem e consomem. A exposição a situações que prejudicam a saúde não é, em geral, escolha de indivíduos nem das famílias, mas o resultado da falta de opção para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade, do desconhecimento e em algumas ocasiões a exposição pode ser acidental.

Os lugares com condições de vida desfavoráveis são em geral marcados pelo saneamento precário, contaminação das águas, do ar, dos solos ou dos alimentos, por conflitos no relacionamento interpessoal, pela falta de recursos econômicos. São em geral lugares com enormes limitações para o consumo de bens e serviços, incluindo os mais elementares – beber água de qualidade, alimentar-se três vezes ao dia, as crianças irem à escola, o acesso aos serviços de saúde.

Assim, as condições de vida de grupos sociais nas comunidades definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações que variam no tempo. Essas condições podem melhorar ou piorar, dependendo da efetiva participação de instituições e organizações formais, não formais e da própria população.

Diante disso, é possível concluir que os problemas de saúde de uma comunidade estão diretamente relacionados com os modos de viver e que a doença não se instala do dia pra noite e sim de um processo que é construído aos poucos e que um dia se manifesta de forma individual ou coletiva.

O processo saúde-doença é uma expressão que significa a possibilidade que as pessoas podem ter, ao viverem em um determinado lugar, de produzir saúde ou doença, desde que existam as condições necessárias – favoráveis ou desfavoráveis, para que um ou outro desses dois fatos (fenômenos) venham a acontecer. Saúde e doença estão intimamente relacionadas no cotidiano de nossas vidas e de nosso trabalho, e se constituem como um binômio, uma dupla inseparável.

Em geral a medição do estado de saúde de uma população se faz de forma negativa e indireta, ou seja, através da frequência de eventos que significam a “não saúde”, como por exemplo, as mortes (mortalidade) e as doenças (morbidade), ou ainda outros problemas de saúde como o baixo peso ao nascer ou os acidentes de trânsito. Por exemplo, a quantidade de pessoas que morrem, adoecem ou apresentam um determinado problema de saúde, em uma determinada população, durante um determinado período, são usadas como medida da saúde daquela população naquele período.

É claro que todos queremos ter saúde e não doença. Com saúde – tendo condições adequadas de moradia, alimentação, saneamento, emprego, lazer, educação e os demais direitos de cidadania, somos capazes de levar melhor a vida, com alegria e coragem para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia.

ATIVIDADE 33

AVALIAÇÃO

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Investigar os conhecimentos , competências e habilidades dos alunos.
- Acompanhar o processo de ensino-aprendizagem, identificando os progressos, os sucessos e as dificuldades dos alunos visando recuperá-las.
- Aperfeiçoar, reorganizar e até mesmo reorientar o processo de ensino-aprendizagem.
- Verificar se os alunos alcançaram os objetivos e/ou desempenhos finais esperados.

Materiais

- Papel A4

ATIVIDADE 34

AVALIAÇÃO

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Avaliar se os objetivos propostos para o processo ensino-aprendizagem estão sendo atingidos.

Material

- Papel A4 (Tarjetas), papel Kraft e pincel atômico.

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

UNIDADE 2

ÉTICA E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

SUMARIO

Unidade 2 - Ética e as relações interpessoais

Atividade 1.....121
Atividade 2.....121
Atividade 3.....121
Atividade 4.....124
Atividade 5.....131
Atividade 6.....135
Atividade 7.....135
Atividade 8.....136
Atividade 9.....137
Atividade 10.....140
Atividade 11.....140
Atividade 12.....141
Atividade 13.....142
Atividade 14.....143
Atividade 15 145

ATIVIDADE 1
DIAGNÓSTICO

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo
Verificar e valorizar os conhecimentos prévios dos alunos em relação ao tema Ética;

Material
Papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

ATIVIDADE 2
APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos
- Apresentar sucintamente o que será trabalhado com os alunos na Unidade 2 -Ética e as Relações Interpessoais;
- Discutir sobre a necessidade da ética nas relações interpessoais;

Materiais
- Quadro e pincel

ATIVIDADE 3
AULA DIALOGADA

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos
- Introduzir os conceitos de Ética e Moral.
- Compreender o conceito de ética e suas implicações sociais.

Materiais
- Texto: Trecho do Livro Convite à Filosofia - Marilena Chauí[40]

[40] CHAUÍ, Marilena. Convite à Filosofia. São Paulo Ática 2000. p.329-334

TEXTO PARA LEITURA

SENSO MORAL E CONSCIÊNCIA MORAL

.....

Muitas vezes, tomamos conhecimento de movimentos nacionais e internacionais de luta contra a fome. Ficamos sabendo que, em outros países e no nosso, milhares de pessoas, sobretudo crianças e velhos, morrem de penúria e inanição. Sentimos piedade. Sentimos indignação diante de tamanha injustiça (especialmente quando vemos o desperdício dos que não têm fome e vivem na abundância). Sentimos responsabilidade. Movidos pela solidariedade, participamos de campanhas contra a fome. Nossos sentimentos e nossas ações exprimem nosso senso moral . Quantas vezes, levados por algum impulso incontrolável ou por alguma emoção forte (medo, orgulho, ambição, vaidade, covardia), fazemos alguma coisa de que, depois, sentimos vergonha, remorso, culpa. Gostaríamos de voltar atrás no tempo e agir de modo diferente. Esses sentimentos também exprimem nosso senso moral .

Em muitas ocasiões, ficamos contentes e emocionados diante de uma pessoa cujas palavras e ações manifestam honestidade, honradez, espírito de justiça, altruísmo, mesmo quando tudo isso lhe custa sacrifícios. Sentimos que há grandeza e dignidade nessa pessoa. Temos admiração por ela e desejamos imitá- la. Tais sentimentos e admiração também exprimem nosso senso moral . Não raras vezes somos tomados pelo horror diante da violência: chacinas de seres humanos e animais, linchamentos, assassinatos brutais, estupros, genocídio, torturas e suplícios. Com freqüência, ficamos indignados ao saber que um inocente foi injustamente acusado e condenado, enquanto o verdadeiro culpado permanece impune. Sentimos cólera diante do cinismo dos mentirosos, dos que usam outras pessoas como instrumento para seus interesses e para conseguir vantagens às custas da boa-fé de outros. Todos esses sentimentos manifestam nosso senso moral.

Vivemos certas situações, ou sabemos que foram vividas por outros, como situações de extrema aflição e angústia. Assim, por exemplo, uma pessoa querida, com uma doença terminal, está viva apenas porque seu corpo está ligado a máquinas que a conservam. Suas dores são intoleráveis. Inconsciente, geme no sofrimento. Não seria melhor que descansasse em paz? Não seria preferível deixá-la morrer? Podemos desligar os aparelhos? Ou não temos o direito de fazê- lo? Que fazer? Qual a ação correta?

Situações como essas – mais dramáticas ou menos dramáticas – surgem sempre em nossas vidas. Nossas dúvidas quanto à decisão a tomar não manifestam apenas nosso senso moral, mas também põem à prova nossa consciência moral , pois exigem que decidamos o que fazer, que justifiquemos para nós mesmos e para os outros as razões de nossas decisões e que assumamos todas as conseqüências delas, porque somos responsáveis por nossas opções. Todos os exemplos mencionados indicam que o senso moral e a consciência moral referem-se a valores (justiça, honradez, espírito de sacrifício, integridade, generosidade), a sentimentos provocados pelos valores (admiração, vergonha, culpa, remorso, contentamento, cólera, amor, dúvida, medo) e a decisões que conduzem a ações com conseqüências para nós e para os outros. Embora os conteúdos dos valores variem, podemos notar que estão referidos a um valor mais profundo, mesmo que apenas subentendido: o bom ou o bem. Os sentimentos e as ações, nascidos de uma opção entre o bom e o mau ou entre o bem e o mal, também estão referidos a algo mais profundo e subentendido: nosso desejo de afastar a dor e o sofrimento e de alcançar a felicidade, seja por ficarmos contentes conosco mesmos, seja por recebermos a aprovação dos outros.

O senso e a consciência moral dizem respeito a valores, sentimentos, intenções, decisões e ações referidos ao bem e ao mal e ao desejo de felicidade. Dizem respeito às relações que mantemos com os outros e, portanto, nascem e existem como parte de nossa vida intersubjetiva.

(CHAUI,2000,p. 429)

Juízo de fato e de valor

Se dissermos: “Está chovendo”, estaremos enunciando um acontecimento constatado por nós e o juízo proferido é um juízo de fato. Se, porém, falarmos: “A chuva é boa para as plantas” ou “A chuva é bela”, estaremos interpretando e avaliando o acontecimento. Nesse caso, proferimos um juízo de valor. Juízos de fato são aqueles que dizem o que as coisas são, como são e por que são.

Em nossa vida cotidiana, mas também na metafísica e nas ciências, os juízos de fato estão presentes. Diferentemente deles, os juízos de valor - avaliações sobre coisas, pessoas e situações - são proferidos na moral, nas artes, na política, na religião.

Juízos de valor avaliam coisas, pessoas, ações, experiências, acontecimentos, sentimentos, estados de espírito, intenções e decisões como bons ou maus, desejáveis ou indesejáveis.

Os juízos éticos de valor são também normativos, isto é, enunciam normas que determinam o dever ser de nossos sentimentos, nossos atos, nossos comportamentos. São juízos que enunciam obrigações e avaliam intenções e ações segundo o critério do correto e do incorreto.

Os juízos éticos de valor nos dizem o que são o bem, o mal, a felicidade. Os juízos éticos normativos nos dizem que sentimentos, intenções, atos e comportamentos devemos ter ou fazer para alcançarmos o bem e a felicidade. Enunciam também que atos, sentimentos, intenções e comportamentos são condenáveis ou incorretos do ponto de vista moral. (p. 431)

Os constituintes do campo ético

Para que haja conduta ética é preciso que exista o agente consciente, isto é, aquele que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido, virtude e vício. A consciência moral não só conhece tais diferenças, mas também reconhece-se como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos e pelas conseqüências do que faz e sente. Consciência e responsabilidade são condições indispensáveis da vida ética.

O campo ético é, assim, constituído pelos valores e pelas obrigações que formam o conteúdo das condutas morais, isto é, as virtudes. Estas são realizadas pelo sujeito moral , principal constituinte da existência ética.

O sujeito ético ou moral, isto é, a pessoa, só pode existir se preencher as seguintes condições:

- ser consciente de si e dos outros, isto é, ser capaz de reflexão e de reconhecer a existência dos outros como sujeitos éticos iguais a ele;
- ser dotado de vontade, isto é, de capacidade para controlar e orientar desejos, impulsos, tendências, sentimentos (para que estejam em conformidade com a consciência) e de capacidade para deliberar e decidir entre várias alternativas possíveis;
- ser responsável, isto é, reconhecer-se como autor da ação, avaliar os efeitos e conseqüências dela sobre si e sobre os outros, assumi-la bem como às suas conseqüências, respondendo por elas;
- ser livre, isto é, ser capaz de oferecer-se como causa interna de seus sentimentos, atitudes e ações, por não estar submetido a poderes externos que o forcem e o constranjam a sentir, a querer e a fazer alguma coisa. A liberdade não é tanto o poder para escolher entre vários possíveis, mas o poder para autodeterminar-se, dando a si mesmo as regras de conduta. (433-434)

ATIVIDADE 4
TRABALHO COM TEXTO

.....

Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivos
- Reforçar os conceitos de Ética e Moral, discutidos na atividade anterior.
- Estabelecer paralelos entre ética e moral
- Refletir sobre a responsabilidade ética e moral de cada um para a melhoria da qualidade das relações interpessoais

Materiais
- Papel A4, papel Kraft e pincel atômico
- Texto: Ética: Origens e distinção da Moral – Antônio Macena Figueiredo[41]

TEXTO PARA LEITURA
ÉTICA: ORIGENS E DISTINÇÃO DA MORAL

.....

Antônio Macena Figueiredo

1. Introdução

Aristóteles, que viveu entre os anos de 384-322 a.C., já afirmava que o homem é um animal político, o que remete à sua natureza social. Um século antes dessa afirmação, Heródoto, historiador grego, e Sófocles, um dos mais importantes escritores da tragédia, também já afirmavam que o homem sem a polis (cidade--Estado na Grécia antiga) teria um destino trágico, pois, embora seja um ser independente, sua existência só teria sentido com a convivência social[1].

Fora do ambiente social, a existência do homemserá sempre uma abstração, pois é dele que ele retira os meios de aprimoramento da vida coletiva, quer material, moral ou ético. Já dizia Aristóteles, em suaÉtica a Nicômaco, que a ética nos ensina a viver, ela, para ser vivida, é práxis e não propriamente theoria ou póesis. Desse ensinamento se deduz que ética se instala em solo moral, uma vez que ela se depara com uma experiência histórico-social no terreno da moral. Daí a primeira definição: Ética ou filosofia da moral pode ser conceituada como a parte da filosofia que se ocupa com a reflexão a respeito dos fundamentos da vida moral[2].

Mas o legado histórico desse conceito vem de longe, data de aproximadamente 500 a 300 anos a.C., época considerada como o período áureo do pensamento grego. Foi nesse período que surgiram muitas ideias e definições teóricas sobre a ética que até hoje fundamentam os conceitos históricos-sociais no campo da moral. Pensadores como Sócrates, Platão e Aristóteles foram os responsáveis pela análise e reflexão sobre o agir do homem[3].

A reflexão grega neste campo surgiu de uma pesquisa a respeito da natureza do bem moral, na busca de um princípio absoluto de conduta3. Embora se tenha atribuído a Sócrates o início dessa reflexão, a primeira apresentação sistemática da Ética encontra-se em Aristóteles. Foi ele quem primeiro formulou os princípios da ação humana acerca da diferença entre o conhecimento teórico e o prático.
Formulou a maior parte dos problemas que mais tarde passaram a ocupar a atenção dos filósofos morais: re-

Figueiredo AM. Ética: origens e distinção da moral. Saúde, Ética & Justiça.2008;13(1):1-9

lação entre as normas e os bens; relaçãoentre a ética individual e a social; classificação das virtudes; exames da relação entre a vida teórica e a vida prática, dentre outros.

Seguindo Aristóteles, muitas escolas, como, por exemplo, a Cínica (palavra originada do nome do ginásio Cinosargo de Atenas) e, em parte, a Estóica, ocuparam-se de estudar, principalmente, os fundamentos da vida moral do ponto de vista filosófico.

Uma das principais obras de Aristóteles foi A ética de Nicômaco. Esse tratado é reconhecido como uma das obras-primas da filosofia moral.Nele, é apresentada a questão fundamental de toda a investigação ética ao se questionar: qual o fim último de todas as atividades humanas?

Supondo Aristóteles que "toda arte e investigação,e igualmente toda ação e todo propósito, parecem ter em mira um bem qualquer: por isso foi dito, não sem razão, que o bem é aquilo a que todas as coisas visam"[4].

Desse entendimento, deduz-se que a ética serve para conduzir as ações humanas a respeito das boas ações (virtudes) ou das não-éticas, às más (vícios). Pela forma de aquisição das virtudes, Aristóteles as classifica em: intelectuais (conhecimento teórico - resultante do ensino) e morais (conhecimento prático - adquirido pelos hábitos). Daí define a ética como: "Ética (ήδίά) significa ciência dos costumes (ηθοζ)"[4].

Desse contexto, extraíram-se as primeiras divergências entre os significados de ética e moral, a começar pela suas origens etimológicas e pelos vários sentidos que podem ser atribuídos a esses termos.

2. Ética

Toda discussão sobre "ética" sempre se inicia pela revisão de suas origens etimológicas e pela sua distinção ou sinonímia com o termo "moral".Justifica-se a necessidade de explicitar a origem do termo ethos, uma vez que é de sua raiz primitiva que iremos encontrar as respostas para as ambigüidades terminológicas e imprecisões conceituais.

A palavra ethos expressa a existência do mundo grego que permanece presente na nossa cultura.Esse vocábulo deriva do grego ethos. Nessa língua, possui duas grafias: ηθοζ (êthos) e εθοζ (éthos).

Essa dupla grafia não é gratuita, pois reúne uma diversidade de significados que, ao longo do tempo,distanciaram-se do seu sentido original[5].

Considerando que, normalmente, os autores não costumam apresentar os significados desses termos em suas origens, antes de adentrarmos nos conceitos de "ética" e "moral", passaremos uma breve vista em suas origens, uma vez que as controvérsias sobre o que se entende por "ética" devem-se, em grande parte, aos diversos significados da palavra primitiva ethos e à sua tradução para o latim mos.

Esses dois termos podem ser entendidos em três sentidos: "morada" ou "abrigo", "caráter ou índole" e hábitos" ou "costumes".

a. O termo grego ηθοζ (êthos), quando escrito com "eta" (η) inicial, possui dois sentidos: morada,caráter ou índole.

O primeiro sentido é de proteção. É o sentido mais antigo da palavra. Significa "morada", "abrigo"e "lugar onde se habita". Usava-se, primeiramente, na poesia grega com referência aos pastos abrigos onde os animais habitavam e se criavam.Mais tarde, aplicou-se aos povos e aos homens no sentido de seu país. Depois, por extensão, à morada do próprio homem6, isto é, refere-se a uma habitação que é íntima e familiar, é o "lar", um lugar onde o homem vive. É o lugar onde é mais provável de se encontrar o eu real. Ele representa aquilo que faz uma pessoa, um indivíduo: sua disposição, seus hábitos, seu comportamento e suas características.

Nesse sentido, cada um tem sua própria ética. É isso, mais que os acidentes e incidentes da vida, que o diferencia de todos os demais[7].

O segundo significado da palavra êthos assume uma concepção histórica a partir de Aristóteles. Representa o sentido mais comum na tradição filosófica do Ocidente. Este sentido interessa à ética, em particular, por estar mais próximo do que se pode começar a entender por ética. Êthos significa "modo de ser" ou "caráter". Mas esse vocábulo apresenta um sentido bem mais amplo em relação ao que damos à palavra "ética". O ético compreende, antes de tudo, as disposições do homem na vida, seu caráter, seus costumes e, naturalmente, também a sua moral. Na realidade, poderia se traduzir como uma forma de vida no sentido preciso da palavra, isto é, diferenciando-se da simples maneira de ser[6].

Entretanto, é preciso ter certo cuidado com o uso da palavra "caráter", pois ela pode ter uma conotação filosófica, um sentido psicológico e outro restritamente moral. É este último que interessa à ética.

O caráter, segundo Heráclito de Éfeso (séc.VI-V a.C.) "é o conjunto definido de traços comportamentais e afetivos de um indivíduo, persistentes o bastante para determinar o seu destino"[8]. Para Kant (1724-1804), o caráter é entendido de acordo com a sua definição de causa, quer dizer, uma lei da causalidade, sob a qual as ações estariam ligadas integralmente9. Por outro lado, pode significar também o conjunto de traços psicológicos e/ou morais (positivos ou negativos) que caracterizam um indivíduo ou um grupo[10].

Em sentido psicológico, "caráter é o conjunto de qualidades psíquicas e afetivas que intervêm na conduta de uma pessoa e a distinguem das demais, o que também chamamos de personalidade"[10].Refere-se ao conjunto dos traços particulares, ao seu modo de ser, à sua índole e ao seu temperamento.Traços que estão mais ligados à estrutura biológica propriamente dita, ou seja, aquilo que é herdado mais pela natureza (páthos – do que é inato) do que os traços individuais adquiridos com a adaptação ao meio social.

Mas não é essa acepção da palavra que interessa à ética. Interessa o caráter em seu sentido estritamente moral, isto é, a disposição fundamental de uma pessoa diante da vida, seu modo de ser estável do ponto de vista dos hábitos morais (disposição, atitudes, virtudes e vícios) que a marcam – que a caracterizam – e lhe conferem a índole peculiar que a distingue dos demais[10]. Refere-se ao conjunto das qualidades, boas ou más, de um indivíduo, resultante do progressivo exercício na vida coletiva.

É esse caráter, não no sentido biológico ou psicológico, "senão no modo de ser ou forma de vida que vai adquirindo, apropriando, incorporando ao longo de toda uma existência", que está associado a ética[6]. Esse modo de ser, "apresenta uma dupla dimensão de permanência e de dinamismo. O núcleo de nossa identidade pessoal é o produto das opções morais que vamos fazendo em nossa biografia. Essas opções vão conformando nossa fisionomia moral – a classe de pessoas que somos, nossa índole moral –, ou seja, a disposição para nos deixar mover por uns motivos e não por outros"[10].

Diante das dificuldades de interpretação do conteúdo semântico da palavra ethos, não é sem motivo que os autores costumam simplificar. Definem a ética como sendo uma palavra derivada do grego ethos, que significa "modo de ser" ou "caráter"enquanto forma de vida adquirida ou conquistadapelo homem[11]. Ou então, a "ética é derivado do grego ethikos – aquilo que se relaciona com o ethos ou caráter"[12].

b. O segundo termo grego εθοζ (éthos), quando escrito com épsilon (ε) inicial, é traduzido por"hábitos" ou "costumes"[10].

Este é o éthos social. Significa hábitos, costumes, tradições. Refere-se aos atos concretos e particulares, por meio dos quais as pessoas realizam seu projeto de vida. Este sentido também interessa à ética, uma vez que o caráter moral vai se formando,precisamente, mediante as opções particulares que fazemos em nossa vida cotidiana[10].

De maneira que é a força das tradições quem forma a identidade de uma sociedade. Reciprocamente, os hábitos constituem o princípio intrínseco dos atos. Conforme diz Aranguren6, "parece haver um círculo êthos-hábitos-atos. Assim se compreende como é preciso resumir as duas variantes da acepção usual de êthos, estas sendo os princípios dos atos e aquele o seu resultado. Ethos é o caráter (χαρα□τρη) cunhado, impresso na alma por hábitos"[6].

Esta tensão, segundo Aranguren[6], sem contradição entre êthos como caráter e éthos como hábitos, definiria o âmbito conceitual da idéia central da ética. Razão pela qual, tanto na concepção clássica quanto na moderna, a ética ocupa-se constantemente dos atos morais e dos hábitos no sentido de virtudes e vícios.

As virtudes podem ser classificadas pela forma de aquisição: intelectuais e morais. As virtudes intelectuais são resultados do ensino, são muito artificiais, por isso precisam de experiências e tempo para formar o caráter. As virtudes morais são adquiridas pelo hábito, costumes ou experiência. Não são inatas, são adquiridas pelo exercício da práxis, com o convívio social, ou seja, com a disposição de viver com ou conviver com os outros.

Sobre a distinção entre virtudes e vícios, explica Korte[13] que as virtudes são as idéias ou razões positivas que trazem melhores resultados, ao passo que os vícios são os portadores dos insucessos e dos resultados negativos. Enquanto atuo, seja de acordo com virtudes ou vícios, procedo eticamente. Mas, e aí vem o fundamento da explicação, se os costumes (mores) indicam a prática da virtude, e eu pratico o vício, eu estou agindo contra a moral, mas a rigor, não estou agindo contra a Ética mas contra as regras que me são recomendadas pelos conhecimentos trazidos pela Ética.

Por isso a ética pode ser entendida como a ciência da reta ordenação dos atos humanos desde os últimos princípios da razão (kathein). Estamos, portanto, diante de uma ciência prática. É a forma que configura a matéria (atos humanos). Por isso, é importante saber que a ética não se ocupa do irracional, como sugerem algumas interpretações, senão do racional prático, intentando saber o específico da moral em sua

razão filosófica [5]. Isto é, a razão das escolhas de uma determinada conduta e os fundamentos da tomada de decisão.

Dessa concepção e do entendimento de que ações humanas poder ser abordadas por uma perspectiva psicológica, biológica ou filosófica, deduz-se que a "ética" se ocupa da reflexão filosófica relativa à conduta humana sob o prisma dos atos morais. Ela vai examinar a natureza dos valores morais e a possibilidade de justificar seu uso na apreciação e na orientação de nossas ações, nas nossas vidas e nas nossas instituições[14].

> A ética estuda as relações entre o indivíduo e ocontexto em que está situado. Ou seja, entre o que é individualizado e o mundo a sua volta [mundo moral].Procura enunciar e explicar as regras [sobre as quais se fundamenta a ação humana ou razão pela qual se deve fazer algo], normas, leis e princípios que regem os fenômenos éticos. São fenômenos éticos todos os acontecimentos que ocorrem nas relações entre o indivíduo e o seu contexto[13].

A ética filosófica, como compreende Cubelles[5], é uma metalinguagem que fala da práxis humana, tentando descobrir a razão pela qual se deve fazer algo, considerando os valores morais estabelecidos em cada sociedade.

3. Moral e ética

Outra discussão de relevo é sobre a distinção entre ética e moral. Instala-se aqui uma verdadeira confusão entre as similitudes e diferenças, a começar pelas definições dos dicionários de filosofia. Quanto à origem do termo, de acordo com o dicionário de filosofia de J. Ferrater Mora[15,] "a moral deriva de ηθοζ 'costumes', do mesmo modo que a 'ética', de ηθοζ . Por vezes, a ética e a moral são usadas indistintamente, como disse Cícero (de fato, 1,1)"[15].

Por isso, esse vocábulo é algumas vezes utilizado como sinônimo de ética. Entretanto, usa-se a palavra moral mais frequentemente para designar códigos, condutas e costumes de indivíduos ou de grupos, como acontece quando se fala da moral de uma pessoa ou de um povo. Aí, é o equivalente da palavra grega ethos e da latina mores[16].

Segundo o dicionário de filosofia de Nicola Abbagano, o termo moral apresenta dois sentidos: o primeiro deriva do "lat. Moralia; in: Morals", fr. Morale; it. Morale; significa "o mesmo que Ética". Objeto da ética, conduta dirigida ou disciplinada por normas, conjuntos dos mores. Neste significado, a palavra é usada nas seguintes expressões: 'M. dos primitivos', 'M. conteporânea' etc." No segundo sentido, deriva "lat. Moralis; in Moral".

> Este adjetivo tem, em primeiro lugar, os dois significados correspondentes aos do substantivo moral: 1º atinente à doutrina ética, 2º atinente à conduta e, portanto, suscetível de avaliação M., especialmente de avaliação M. positiva. Assim, não só se fala de atitude M. para indicar uma atitude moralmente valorável, mas também coisas positivamente valoráveis, ou seja, boas[17].

Não é sem motivo que Coimbra[18] afirma que "ética e moral são sinônimos de origens distintas, que em si uma é a mesma coisa", isto é, possuem osmesmos sentidos. Por isso Tugendhat[19] argumenta que não se pode tirar nenhuma conclusão do que se pode entender por ética e moral a partir das origens das palavras. De fato, etimologicamente, esses termos possuem idênticos conteúdos semânticos.Razão pela qual muitas vezes são empregados no cotidiano indistintamente.

As razões dessas divergências encontram-se, sem dúvida, nas origens das palavras, sobre as quais passaremos em revista, para depois apresentar alguns conceitos extraídos da literatura especializada.

O que ocorreu? No latim não existia uma palavra para traduzir o êthos, nem tampouco outra para representar o sentido do termo éthos, dado na língua grega. Então, na essência, esta distinção foi perdida. Ambas foram traduzidas por "mos" ou "mores" (plural de mos, do qual vem o termo moralis), pois era a palavra que mais se aproximava do sentido de ethos, que nessa língua pode significar tanto "costumes" como "caráter" ou gênero de vida.

Assim, "em latim, o "mos" passou a significartanto o ηθοζ (êthos – morada, caráter, índole) como εθοζ (éthos – hábitos, costumes) costumes e hábitos"[5]. Está aqui a origem de toda a confusão acerca do conteúdo semântico dos termos e, porconseguinte, a sinonímia ou distinção dos sentidosque se atribui ao uso das palavras ética e moral.

Entretanto, este não é o único critério para se determinar o significado das palavras, pois assim como as línguas evoluem segundo a sua cultura,as palavras podem adquirir significados distintos de acordo com o sentido em que são empregadas.Além da dimensão semântica dos vocábulos e das expressões, há uma dimensão pragmática, visto que uma mesma palavra pode assumir significados diferentes num determinado contexto sócio-cultural.

Sobre esse aspecto, é preciso ater-se ao processo de evolução do sentido do termo como forma de conhecer não apenas o seu significado isolado mas, sobretudo, os vários sentidos em que pode ser utilizado numa dada cultura. Logo, questionar acerca do que se deve entender por ética ou moral, considerando apenas o conteúdo semântico dos termos, não é o único recurso de análise para se formularem significados, conceito ou definições.

Deixando um pouco de lado o esforço de se tentar deduzir uma definição exclusivamente a partir dos signos, vejamos as diversas maneiras de utilizar o termo "moral" e, por sua vez, de se chegar a um conceito correspondente ao contexto cultural.

A palavra moral, segundo Aranguren[20], possui diferentes sentidos com referência direta ao comportamento humano e à sua classificação como moral ou, ao seu contrário, imoral; como parte da filosofia – filosofia moral. Moral, também escrita com maiúscula, quando se ocupa do comportamento humano no que se refere a bem ou mal.

Segundo Martinez[21], o termo "moral" é utilizado atualmente de maneira distinta. Assim como ocorreu com os significados de ethos, essa multiplicidade de usos também deu lugar a alguns mal-entendidos. Para essa autora, algumas vezes o termo moral é empregado como substantivo e outras vezes como adjetivo. Como substantivo pode ser empregado em quatro situações:

1. Quando o termo "moral" for grafado com minúscula e estiver precedido do artigo definido feminino, "a moral", refere-se ao conjunto de princípios, preceitos, comandos, proibições, normas de conduta, valores e ideais de vida boa que, em seu conjunto, é constituído por um grupo humano concreto em uma determinada época histórica.

Nesta acepção, a moral representa um modelo ideal de boa conduta socialmente estabelecida pela sociedade;

2. Quando a palavra "moral" é usada para fazer referência ao código pessoal de alguém. Por exemplo, quando se diz que "fulano possui uma moral muito rígida" ou quando se diz "beltrano carece de moral", estamos falando de um código moral que guia os atos de uma pessoa concreta ao longo de sua vida. É o conjunto de convicções e pautas de conduta que costuma constituir a base para os juízos morais que cada um faz das outras pessoas e de si mesmo;

3. Usa-se o termo "moral" com maiúscula (Moral) para referir-se a uma "ciência que trata do bem em geral, das ações humanas marcadas pela bondade ou pela malícia". A rigor, esta ciência não existe. O que existe é uma variedade de doutrinas como, por exemplo, a Moral católica, protestante, islâmica,budista, marxista etc21.

Fazendo um parêntese, lembramos que somente a ética na qualidade de disciplina filosófica(ciência da moral) possui teorias éticas diferentes e até opostas, pois há uma distinção entre uma doutrina e uma teoria: enquanto a doutrina trata de sistematizar um conjunto concreto de princípios, normas, preceitos e valores, as teorias constituem uma tentativa de explicar um fato[21]. As teorias representam um pensamento baseado num dado contexto histórico de uma época, sob o qual se fundamenta a vida moral concreta.

4. Quando a palavra moral se refere a expressões que a utilizam no masculino, tais como "ter o moral elevado" ou "estar com o moral alto" e outras semelhantes, moral torna-se sinônimo de "boa disposição do espírito", "ter força, coragem suficiente para enfrentar – com dignidade – os desafios que a vida nos apresenta. Essa acepção tem um profundo significado filosófico, pois a moral não é apenas um saber, nem um dever, mas sobretudo uma atitude e um caráter".

Com referência ao uso da palavra moral como adjetivo, a maioria das expressões está relacionada com a Ética. Neste caso há duas situações em que aparece como adjetivo[21]:

1. Moral como oposto a "imoral" – Termo usado como termo valorativo de reprovação. Esse uso pressupõe a existência de algum código moral que serve de referência para emitir um juizo moral. Refere-se a uma conduta contrária às regras morais vigentes numa dada cultura;

2. Moral como oposto a "amoral – Termo usadopara se referir a uma ação que não tem relação com a moralidade. A conduta dos animais, por exemplo, não tem nenhuma relação com a moralidade, pois pressupõe que estes não são responsáveis por seus atos. Ao passo que os seres humanos atingiram um desenvolvimento completo e, na medida em que tornam-se senhores de seus atos, têm uma conduta moral[22]. Amoral, portanto, refere-se à "ação, atitude,estado ou caráter que não é nem moral nem imoral,i.e., que é exterior à esfera

da moral"[16].

Desses exemplos, é possível deduzir que, para a compreensão do que se deve entender por moral, as respostas não serão encontradas na origem do termo exclusivamente, pois os costumes ou a cultura de um povo antecedem as suas origens terminológicas. Os costumes são partes indissociáveis da identidade de um povo num dado contexto histórico. Neste contexto, e da análise pragmática de como as palavras adquirem vários sentidos, é que se poderá extrair um conceito mais apropriado ao seu uso.

Os termos "ética" e "moral" foram utilizados ao longo da história com diversos significados e com relações distintas entre si. Houve ocasiões em que os significados mudaram completamente. Jürgen Habermas, por exemplo, com base em conceitos da tradição hegeliano-marxista, utiliza os termos "eticidade" e "moralidade" com significados novos, reservando a "moralidade" ao abstrato e universal ea "eticidade" à concreção no mundo da moralidade da vida [10].

Assim como o termo ethos possui significados ambíguos, a palavra "moral" também pode ser empregada com sentidos diversos. Se olharmos o conceito de moral nos dicionários da língua portuguesa, notaremos que existe alguma distinção conceitual significativa. Segundo o dicionário
Houaiss[8]:

> Moral – denota bons costumes, boa conduta, segundo os preceitos socialmente estabelecidos pela sociedade ou por determinado grupo social. Cada um dos sistemas de leis e valores estudados pela ética (disciplina autônoma da filosofia), caracterizados por organizarem a vida das múltiplas comunidades humanas, diferenciando e definindo comportamentos proscritos, desaconselhados, permitidos ou ideais.

Observa-se que o segundo conceito menciona que o sistema de leis (referindo-se a regras ou normas sociais) e valores são estudados pela ética. Daí a diferença entre os dois termos. "A Ética significa Ciência da moral, quer dizer, ética seria a construção intelectual, organizada pela mente humanasobre a moral. Esta seria, pois, o seu objeto"[18].

"O entendimento clássico de ética era o do estudo filosófico dos fundamentos, dos princípios,dos deveres e dos demais elementos da vida moral. Ou seja, trata-se da teoria filosófica sobre a moralidade". O termo moral aplica-se, pelo contrário,à consideração prática dos casos concretos; isto é, para designar a arte de aplicar a teoria filosófica – a ética – aos problemas concretos da vida moral[10].

Desse modo, não é apenas do significado restrito de um termo dissociado da cultura que se extrai um conceito mais exato. Claro que a discussão deve sempre começar pela análise lingüística, pois é a partir do significado primitivo que se extraem os primeiros significados.

Mas, afinal, o que entendemos por moral? A moral refere-se quer aos costumes, quer às regras de conduta admitidas numa sociedade determinada. Portanto, um fato moral é aceito para um tipo de sociedade de acordo com a sua tradição ou realidade cultural. A realidade moral, neste sentido, vai se referir ao conjunto desses costumes e dos juízos sobre os costumes que são objeto de observação ou de constatação segundo as regras sócio-culturais[9].

Daí a compreensão de que a moral é conteúdo da ética. "Poder-se-ia dizer que a moral é a matéria prima da ética", pois constitui o conjunto de hábitos e prescrições de uma sociedade[22].

> A moral é o que se refere aos usos, costumes, hábitos e habitualidades. De uma certa forma, ambos os vocábulos [ética e moral] se referem a duas ideias diferentes, mas relacionadas entre si: os costumes dizem respeito aos fatos vividos, ao que sensível e registrado no acervo do grupo social como prática habitual. A idéia contida na moral é a relação abstrata que comanda e dirige o fato, o ato, a ação ou o procedimento. A moral pretende enunciar as regras, normas e leis que regem, causam e determinam os costumes, inclusive muitas vezes, anunciando-lhes as conseqüências[13].

À gisa de conclusão, dever-se entender por moral um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes com a comunidade de forma não coercitiva. De maneira que estas normas são dotadas de um caráter histórico e social e são acatadas de forma livre e por convicção de foro íntimo[11].

Ética: ciência ou ramo da filosofia?

Diante da revisão das origens etimológicas e dos conceitos vistos anteriormente, interroga-se: a ética é uma ciência? Restringe-se apenas ao ramo de estudo da filosofia? Sendo a ciência, que tipo ciência seria a

ética? Qual o seu objetivo? Qual o seu objetivo? Qual o seu método de estudo?

Desde os gregos, a ética sempre constituiu uma parte do pensamento filosófico e sempre ocupou o ramo da filosofia, conhecido como teoria dos valores ou axiologia, que incluiu a ética, a estética, a filosofia da religião, filosofia política e outras[23]. Por outro lado, pela ausência de desenvolvimento científico específico nas diversas áreas do conhecimento humano, a filosofia sempre se apresentou como um saber total. Ou seja, ela ocupava-se de quase tudo.

À medida que o conhecimento humana avançou, a abordagem científica estendeu-se progressivamente às novas realidades, inclusive à realidade social. A partir daí, vários ramos do saber se desprenderam do tronco da filosofia para constituir ciências especiais com objeto específico, objetivos e métodos próprios[11]. Um dos últimos ramos que se desprendeu do tronco da filosofia foi a psicologia, seguindo o mesmo caminho de outras disciplinas, entre elas a ética – que era tradicionalmente considerada tarefa exclusiva dos filósofos[11]. Transformando-se numa ciência, pois tem objeto próprio, leis próprias e método próprio"[22].

Muito embora não seja um saber particular sobre um objeto de conhecimento, em virtude da complexidade das especulações que envolvem o comportamento humano, a ética afirma-se no solo filosófico. Não obstante alguns autores advoguem a ideia de sua autonomia científica, por ser essa uma parte do território de estudos filosóficos, ou seja, aquela que tem por principal foco de estudos a ação humana, necessariamente seu local de assento, seu berço natural é a filosofia prática[26].

Assim como a filosofia divide-se em ramos de preocupações, a ética, enquanto um saber teórico, ocupa-se de três áreas fundamentais: ética descritiva, ética normativa e ética filosófica (ou Metaética). A ética descritiva é a ciência positiva dos fatos morais, sejam eles individuais ou coletivos[10]. Tem como função descrever os fenômenos morais[24]. A ética normativa trata dos juízos prescritivos com base nos códigos. Os sistemas normativos dizem como devem atuar os agentes morais, dando-lhes normas práticas de ação[10]. Por sua parte, faz-se oportuno esclarecer que a "ética é uma disciplina normativa, não por criar normas, mas por descobri-las e elucidá-las. Mostra à pessoa os valores e os princípios que devem nortear sua experiência, pois a sua função é aprimorar seu sentido moral e influenciar a conduta"[22]. Por último, a ética racional profunda dos pressupostos, dos fundamentos, dos sistemas de normas morais na busca de descobrir as verdades necessárias para que um sistema moral seja válido[10].

Desse modo, a ética, enquanto conhecimento teórico, por se deparar com as práticas morais no contexto histórico-social, é considerada um ciência social[27]. É uma ciência social porque o seu objeto de estudo é um fato socialmente histórico __ a moral. Já a moral não é concebida como ciência, senão o objetivo desta.

A guisa de conclusões escreve Sá[25]:

> A ética é a ciência , tendo por objeto de estudo os sentimentos e juízos de aprovação e desaprovação acerca da conduta e da vontade humana, propondo-se a determinar: a. qual é o critério segundo a conduta e a vontade em tal modo aprovada se distinguem, ou ainda, qual é a norma, segundo a qual se opera e deve operar a vontade em tal conduta, e qual o fim que na mesma e para essa se cumpre e se deve cumprir; b. em que relações de valor estão, como observância daquela norma e obtenção daquele fim, as diversas formas de conduta, individual ou coletiva, tais como se apresentam na sociedade e na época a qual pertencemos[25].

Sintetizando, enquanto conhecimento teórico-filosófico, ao contrário da moral, a grande preocupação da ética é esboçar as linhas gerais de uma teoria normativa que possa auxiliar na solução de problemas e na identificação do que é correto e de como devemos agir considerando os valores morais vigentes. Esse é o seu engajamento com a moral[28].

6. Considerações finais

É possível deduzir que a análise etimológica dos termos não é suficiente para orientar-nos sobre o que devemos entender por ética e moral. Constatamos que a palavra ética tem particularidades conceituais de difícil precisão. Por isso, muitas vezes é confundida com moral e até mesmo empregada no cotidiano, no sentido de senso comum.

Outra questão que não é considerada no dia a dia é a distinção entre o uso substantivo ou adjetivo do termo "moral". Isso também pode levar a algumas imprecisões conceituais. Apesar da natural existência de uma sinonímia entre essas palavras, uma vez que ambas se referem à ação humana intencional e sobre os critérios de escolha de um determinado tipo de conduta, predomina o entendimento de que existe uma

distinção, quer semântica, quer conceitual, entre ética e moral.

Por moral deve-se compreender "o conjunto de regras de condutas assumidas livre e conscientemente pelos indivíduos, com a finalidade de organizar as relações interpessoais, segundo os valores do bem e do mal" ao passo que a ética ou filosofia da moral é "mais abstrata, consituindo a parte da filosofia que se ocupa com a reflexão sobre as noções e os princípios que fundamentam a vida moral"[29].

Reserva-se à ética o "estudo da moralidade do agir humano (bondade ou maldade dos atos humanos): sus retidão frente à ordem moral"[21]. A ética é a disciplina filosófica que investiga os diversos sistemas de morais elaborados pelos homens, buscando compreender a fundamentação das normas e proibições próprias a cada uma e explicar seus pressupostos, ou seja, as concepções sobre o ser humano e a existência que os sustenta.

É considerada uma ciência porque, além de se ocupar da reconstrução intelectual organizada pela mente humana acerca da moral, tem objeto próprio, leis próprias e método próprio. Seu objeto é a moral; e a reflexão teórico-filosófica, o condicionante metódico enquanto disciplina teórica.

Referências

Stone IF. O julgamento de Sócrates. Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras; 2005. p.128.
Cotrim G. Fundamentos da filosofia: história e grandes temas. São Paulo: Saraiva; 1998. p. 234-303.

ATIVIDADE 5

ÉTICA E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Discutir sobre a necessidade da ética nas relações interpessoais.
- Compreender o caráter histórico-social da moral e o caráter pessoal.
- Estabelecer relações da moral com a ética, compreendendo os conceitos.
- Refletir sobre o papel dos profissionais na construção das relações éticas.

Materiais

- Texto: Ética no ambiente de trabalho e na comunidade - ESP-PE[42]

[42]ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTA DO DE PERNAMBUCO ESPPE. Curso Técnico em Vigilância em Saúde. **Ética no Ambiente de trabalho e na Comunidade**. Recife, PE, (s/d).

TEXTO PARA LEITURA

ÉTICA NO AMBIENTE DE TRABALHO E NA COMUNIDADE

Você acha que a pessoa já nasce ética? Já nasce com suas crenças firmadas?

> Ninguém nasce cidadão, mas torna-se cidadão pela educação, porque a educação atualiza a inclinação potencial e natural dos homens à vida comunitária e social. Cidadania é nesse sentido um processo que começou nos primórdios da humanidade e que se efetiva através do conhecimento e conquista dos direitos humanos, não como algo pronto, acabado, mas como aquilo que se constrói. Assim como a ética a cidadania e hoje fundamental, quer na educação, quer na família e entidades, para o aperfeiçoamento de um modo de vida. Não basta o desenvolvimento tecnológico e científico para que fique melhor. É preciso uma boa e razoável convivência política, para que os gestos e ações de cidadania possam estabelecer um viver harmônico, mais justo e menos sofredor (CARVALHO, 2003).

O homem não nasce ético, necessita viver, se instruir, se educar, lapidar as arestas comportamentais que lhe fere a moral, e só então ele terá condição de escolher a melhor forma de viver como cidadão.

Então, quais os seus princípios? Qual o seu caminho? Qual a relação entre a ética e valores? A ética profissional, pessoal e social tem princípios comuns?

O homem encontra um estilo de vida e de ação no espaço e no mundo. Acostuma-se com sua morada, que é passível de acomodação ou aperfeiçoamento. Tem-se aí o hábito, e o costume que tanto um como o outro podem ser construídos. (CARVALHO, 2003).

Como já foi dito, a ética se reflete nas ações e atitudes que são classificadas normalmente como “boas” e “ruins”. Esse agir é aceito ou não pela sociedade de acordo com os seus valores morais vigentes. É importante observar que o leque dos valores já tem suas leis e que estas foram construídas após determinadas situações estabelecidas pelos movimentos sociais. Valores morais supremos (proteção à vida, respeito à individualidade, amor ao próximo) não podem ser modificados, mas muitos outros valores sociais podem ser modificados no tempo para melhor adequação e bem estar social, como meio de garantir os direitos individuais e coletivos.

Um exemplo bastante conhecido de mudança de valores através dos anos diz respeito às relações conjugais e os filhos dessas relações. Há uns 30 a 40 anos viver uma relação conjugal sem casamento oficial era motivo de descriminação para as mulheres, e os filhos que viessem dessa relação, pois além de descriminados não tinham direito ao registro como filhos legítimos. Hoje a constituição garante igualdade de direitos para a mãe e o filho que venham dessa situação. Essa mudança foi uma conquista social e agora é lei vigente no Brasil. Como este, podemos citar outros exemplos: o aborto, a questão da homossexualidade, entre outros.

Como se sabe, os costumes e alguns valores morais, em alguns casos se modificam com o tempo e com isto exigem mudança nas leis. Essas mudanças às vezes são muito importantes e necessárias. Existem casos que a falta de uma postura ética é tão evidente que tem um reconhecimento popular unânime determinando muitas vezes uma condenação social. Por exemplo: a corrupção, utilização de cargos públicos indevidamente, os diversos tipos de assédios, etc.

Figura 12: Fora Corrupção
FONTE: wacandido.blogspot.com

O nosso país tem muitos exemplos da falta de postura ética e de condenação unânime. Diante de tantas histórias a sociedade foi se organizando de diversas formas na tentativa de chegar a um consenso, buscando soluções pacíficas para os problemas e conflitos gerados.

A ética também está relacionada às atitudes das diversas corporações e categorias profissionais. Neste caso se diz respeito à Ética Profissional, como sendo um conjunto de normas e regras que regem a conduta de uma determinada categoria de profissional. E dessa forma, trata das permissões e proibições, busca a humanização do trabalho, promoção social humana e a qualidade do exercício profissional.

Quando se fala de comportamento e atitude humana, incluem-se seus padrões sociais, culturais, suas formas de pensar e agir sobre o mundo, a vida, a sociedade, enfim, tudo que conhece ao seu redor. Nessa dinâmica da vida, observa-se que cada pessoa tem suas opiniões, seus preconceitos e seus conceitos sobre alguém ou a respeito de alguma coisa.

Portanto, em muitas situações a Lei não traz a solução do problema. Podemos defender as Leis, mas precisamos refletir bastante sobre cada tema, cada problema. Sabemos que as Leis beneficiam muitos grupos sociais. Por exemplo, no caso da pensão alimentícia para as crianças abandonadas pelo pai. A Lei Maria da Penha que protege as mulheres dos seus agressores. Leis assim existem em nossa sociedade através de acordo moral, isto é, ético, porque colabora para o bem estar e a proteção desses grupos. Nesses exemplos a ética se mistura com o direito, porque ao longo da história social a ética colaborou muito com as questões dos direitos humanos.

Como se vê, não se deve pensar na ética apenas em função da regulamentação e das leis. É fundamental se pensar a partir de uma reflexão sobre as relações de convivência social, familiares e de trabalho, tendo como base a emoção da beneficência e não a maleficência que tanto mal e atraso social nos traz.
Vamos usar o bom senso, ele faz a diferença.

É necessário falar da ética no cenário do dia a dia do trabalho em saúde, incluindo principalmente os profissionais de saúde, para que estes possam refletir sobre sua atitude, seu comportamento e sua responsabilidade diante de si e daqueles que necessitam dos seus cuidados.

Para tanto é importante estimular a reflexão e o interesse pela leitura e discussão do tema, pois se acredita que cada um pode melhorar sua relação com a comunidade e com a equipe de trabalho a partir do conhecimento e dos princípios que orientam a conduta ética pautados na autonomia profissional e na política da igualdade.

O conviver e o trabalhar em equipe exigem que cada um faça sua parte no conjunto das atitudes e ações a serem desenvolvidas, na família, no trabalho, socialmente e na vida como cidadãos.

O trabalho em saúde se caracteriza pela multidisciplinaridade. É sempre um trabalho de equipe, e por isso exige respeito entre todos os membros do grupo. É preciso reconhecer que o trabalho que cada profissional realiza é importante e contribui para o conjunto de ações de saúde a serem desenvolvidas.

Figura 13: Trabalho Multidisciplinar onde cada um trás o seu conhecimento
Fonte: patologiafacil.blogspot.com

Por esse motivo todos precisam se encontrar, discutir e planejar a melhor forma para o trabalho, já que todos têm um papel importante na equipe. É importante compreender que é com responsabilidade "ética" que deve acontecer o trabalho em equipe.

No trabalho em equipe, o grupo desenvolve parcerias entre si, quando compreendem que todos são diferentes, tem especificidades da profissão e da função, portanto, cada um tem seu papel no desenvolvimento das ações.

Numa equipe integrada cada um faz o seu papel, isto não quer dizer que todos fazem tudo, mas que cada um atua no desenvolvimento das suas competências profissionais e legais. Cada profissional reconhecendo seus limites, os limites das diversas profissões, todos com um único objetivo: aperfeiçoar e fazer o que cada um faz de melhor para uma assistência integral e de qualidade.

Figura 14: Trabalho em equipe
Fonte: gestaodepessoasrh.wordpress.com

Dessa forma, é possível exercitar o respeito às relações dos grupos, relações interpessoais e a prática da convivência baseada na ética pessoal e profissional.

Nesse cenário, se torna necessário e possível o diálogo, a conversa, a discussão, o planejamento, a escuta e a tolerância para que se dê a troca de ações e experiências dos demais membros da equipe. É preciso desenvolver parcerias, cumplicidade solidária e troca de saberes para que haja um sentimento de inclusão de todos no grupo, na equipe.

É importante reconhecer que toda experiência profissional em saúde vivida até hoje foi realizada através das ações desenvolvidas por grupos. Esses grupos trabalham com atenção, competência, compreensão e também com uma dose de emoção. É exatamente na emoção do conviver, do trabalhar em equipe que a confiança das relações interpessoais são garantidas. É nessa dinâmica que aparece a humanização das relações de trabalho e convivência harmoniosa. (BRASIL, 1993).

Diante do que foi exposto, observamos que não é possível oferecer uma assistência humanizada e de qualidade se os profissionais não atuarem com os princípios da ética e bioética. A humanização dos serviços de saúde e a humanização da assistência à saúde é feita por pessoas, e são essas pessoas, profissionais de diversas categorias cada um com a sua importância no elenco das ações, que se responsabilizam técnico e eticamente pela consolidação dos direitos a uma assistência de qualidade prevista na constituição brasileira.

ATIVIDADE 6

ÉTICA, MORAL E VIDA COTIDIANA

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Relacionar ética, moral e conduta com situações de vida cotidiana.
- Citar ditados populares que remetam a questões éticas.

Materiais

- Papel A4.

ATIVIDADE 7

DIAGNÓSTICO BIOÉTICA

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Verificar os conhecimentos prévios dos alunos sobre Bioética.

Materias

- Papel A4

ATIVIDADE 8
BIOÉTICA

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos
- Compreender o conceito de Bioética

Materiais
- Texto: A Bioética1 - ESP-PE[43]

TEXTO PARA LEITURA
A BIOÉTICA

.....

Em 1970, um oncologista e biólogo americano, Van Rensselaer Potter, propôs que fosse desenvolvido um novo ramo no estudo da ética que pudesse se direcionar para a defesa do homem, de sua sobrevivência e para uma melhora na qualidade de vida – e deu o nome de BIOÉTICA – neologismo, que significa a criação de uma nova palavra, construído a partir das palavras gregas bios (vida) + ethos (relativo à ética). Defendeu que os valores éticos não estão isolados do biológico.

Figura 7: Van Rensselaer Potter II
Fonte: cancerres.aacrjournals.org

[43]ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTA DO DE PERNAMBUCO ESPPE. Curso Técnico em Vigilância em Saúde. **A Bioética**. Recife, PE, (s/d).

Para Diniz e Guilhem (2002) a bioética é um campo disciplinar compromissado com o conflito moral na área da saúde e da doença dos seres humanos, seus temas dizem respeito às situações vivenciadas pela humanidade no decorrer de sua história, por exemplo: o uso generalizado de antibióticos e técnicas artificiais de respiração, popularizado nas décadas de 50 e 60 do século passado, abrem perspectivas novas de prolongar a vida humana.

Nesse contexto, entende porque as raízes da bioética encontram-se historicamente fincadas no progresso das ciências médicas, mas abrange muitas outras áreas do conhecimento comprometidas com o desenvolvimento cientifico.

A bioética vem trazer reflexão dos aspectos éticos que norteiam as pesquisas, pois estas podem seguir diversas direções, mas nem todos os caminhos serão seguramente benéficos para a humanidade. De forma que o problema não está em rejeitar a utilização de novas tecnologias não aceitas moralmente pela sociedade, mas no controle ético que deve ser exercido (CRUZ, OLIVEIRA, PORTILLO, 2010).

A bioética coloca-se na contínua busca da sabedoria, da crítica, do uso da informação e do conhecimento para melhoria das condições de vida, para o bem estar do indivíduo e da coletividade (NUNES, NUNES, 2004).

Tal perspectiva abre espaço para que a bioética possa ser instrumento de resolução para problemas concretos não só nas ciências da vida como também das ciências sociais (CRUZ, OLIVEIRA, PORTILLO, 2010).

A bioética passou a ser conceituada como estudo sistemático, plural e interdisciplinar e resolução de questões éticas levantadas pela medicina e pelas ciências da vida e ciências sociais com implicações para os seres humanos e para o relacionamento destes com a biosfera, incluindo à disponibilidade e acesso aos desenvolvimentos científicos e tecnológicos e suas aplicações (UNESCO, 2005).

ATIVIDADE 9

PRINCÍPIOS BIOÉTICA

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Consolidar os conhecimentos acerca da Bioética e seus valores e princípios, tendo como base o conteúdo do texto: “Valores e Princípios Bioéticos “
- Relacionar os princípios bioéticos a relatos de casos em situaçoes vivenciadas ou criadas (caso não existam vivências).

Materiais

- Papel A4
- Texto: Valores e Princípios Bioéticos[44] - ESP-PE

[44]ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTA DO DE PERNAMBUCO ESPPE. Curso Técnico em Vigilância em Saúde. **Valores e Princípios Bioéticos**. Recife, PE, (s/d).

TEXTO PARA LEITURA

VALORES E PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

.....

Antes mesmo de falarmos sobre os princípios da bioética, é importante que você tenha uma base conceitual sobre 'valores'.

Faça uma reflexão: que são "valores morais" de uma sociedade? O que é permitido e o que não é permitido? O que você acredita ser certo ou errado? O que pesa mais?

Figura 8: Certo e errado.
Fonte: anna-raab.blogspot.com

Os valores morais, como a própria palavra traduz, são os valores que incorporados nas pessoas, nas suas atitudes, nas suas ações, nas suas relações e na sua consciência. Nós, seres humanos, não temos a obrigação de ser uma pessoa moralmente valorosa, mas temos o dever de pelo menos conhecer esses valores, e poder decidir com consciência plena como agir conosco e com o próximo.

E nós, brasileiros, qual a nossa herança filosófica do bem e do mal? Qual o conceito de "valor" nos foi dado para guiar nossa sociedade?

Como você sabe, o Brasil foi colonizado pelos portugueses que por sua vez foram influenciados pelos pensadores gregos. Desta forma, também recebemos influência filosófica desse povo. A sociedade brasileira tem como todas as outras sociedades, uma normatização de valores morais socialmente aceitos, que orienta a vida em sociedade respeitando o ser humano na sua integridade, individualidade e como ser social.

No preâmbulo da Constituição Brasileira de 1988, está escrito o seguinte texto:

> "Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir o Brasil como um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus a seguinte Constituição da República Federativa Do Brasil" (CF, 1988).

Então, como você concebe esses valores supremos? Qual a sua contribuição pessoal, social e profissional para a vida das pessoas?

A bioética e os direitos humanos surgem como formas de assegurar determinados valores e de proteger a pessoa humana, reconhecendo-lhe uma dignidade inerente. Assim, a bioética e os direitos apresentam dois pontos de aproximação: a dignidade humana e determinados valores básicos.

O princípio da dignidade humana é, no campo dos direitos humanos, entendido como a rocha sobre a qual a superestrutura dos direitos humanos se constrói. Para a bioética, o princípio da dignidade humana é o eixo da bioética internacional (OLIVEIRA, 2007).

Mas, você deve imaginar que não deve ser fácil definir quando um processo está dentro dos preceitos da bioética ou não. E, acreditamos que é verdade! No entanto, os estudiosos desenvolveram alguns modelos de análise bioética. O modelo mais comum e divulgado é o PRINCIPALISTA, teorizado por Beauchamp e Childress, autores da obra clássica "The principles of biomedical ethics" (Princípios da ética biomédica), em 1979.

Então, vamos conhecer um pouco sobre este assunto?

Princípio da autonomia

Requer do profissional respeito à vontade, o respeito à crença, o respeito aos valores morais do sujeito, do paciente, reconhecendo o domínio do paciente sobre sua própria vida e o respeito à sua intimidade.

Este princípio gera diversas discussões sobre os limites morais da eutanásia, suicídio assistido, aborto, etc. Exige também definições com respeito à autonomia, quando a capacidade de decisão do sujeito (ou paciente) está comprometida.

Editor: Luciano Peres > 3218-4345. Editor Assistente: Rodrigo Lopes > 3218-4547

Comportamento Anestesista desligou aparelhos que mantinham italiano vivo

Um caso de eutanásia divide e comove a Itália

Roma

Um drama que provocou comoção na Itália e rachou o país terminou na quarta-feira com a morte de seu protagonista.

O italiano Piergiorgio Welby, 60 anos, que sofria de distrofia muscular e estava com o corpo paralisado, faleceu depois que o médico anestesista Mario Riccio desligou os aparelhos que o mantinham vivo.

Welby havia recorrido à Justiça e até ao presidente da Itália para que o deixassem morrer, sem sucesso. Na Itália, a eutanásia é crime punível com até 15 anos de prisão. Riccio, porém, afirmou que se tratava apenas de um caso de suspensão de tratamento médico e disse não temer um processo.

Com a morte de Welby, a comoção abriu caminho para a polêmica e o debate entre aqueles que consideram necessário aprovar uma legislação regulamentando a eutanásia e os que acusaram o médico de homicídio. Embora tenha insistido na importância da defesa da vida, o primeiro-ministro italiano, Romano Prodi, ressaltou que foi aberto um debate que "terá de ser levado adiante". Do lado da coalizão de centro-direita Forza Italia, na oposição, o deputado Enrico la Loggia, destacou que a morte de Welby é um ato "ilegal". Por sua vez, o deputado Luca Volonté, da União dos Democratas Cristãos (UDC), pediu a prisão do médico.

Welby, que completaria 61 anos em 26 de dezembro, estava preso a uma cama desde 1997 e se dedicava nos últimos tempos a escrever ensaios e poesias. A morte ocorreu como o italiano sempre havia desejado e como descreveu em seu livro *Deixem-me Morrer*: "Morrer teria de ser como dormir depois do amor, cansado, tranqüilo e com esse sentido de estupor que invade tudo". O médico aplicou em Welby uma anestesia intravenosa, para que não sofresse quando ficasse sem ar. Depois disso, simplesmente desligou os aparelhos.

O italiano faleceu cerca de 20 minutos antes da meia-noite de quarta-feira. Para sua família, o importante agora é que "Giorgio e sua batalha não sejam esquecidos" e que a "determinação que tinha para realizar seu desejo" seja lembrada.

Vítima de distrofia muscular e com o corpo paralisado, Piergiorgio Welby estava preso a uma cama desde 1997

Figura 9: Discussão sobre eutanásia
Fonte: http://danielagomes.imed.edu.br/?p=560

Com relação à ética em pesquisa, gera o princípio do "termo de consentimento livre e esclarecido" a ser feito pelo pesquisador e preenchido pelos sujeitos da pesquisa ou seus representantes legais, quando os sujeitos estiverem com sua capacidade de decidir comprometida, ou grupos considerados vulneráveis como em populações e comunidades especiais, como menores de idade, indígenas, doentes mentais, pacientes com dor, militares, etc.

O princípio da autonomia significa reconhecer a capacidade do paciente de deliberar sobre seus objetivos pessoais e atuar no sentido de sua deliberação. Implica em valorizar as opiniões e escolhas para a tomada de decisão. No entanto, é preciso reconhecer que este processo precisa estar associado ao esclarecimento total do paciente quanto à situação em análise.

Princípio da beneficência

Assegura o bem-estar das pessoas, evitando danos e garante que sejam atendidos seus interesses. Trata-se de princípio indissociável ao da autonomia.

Tem suas bases alicerçadas no juramento hipocrático e requer que as nossas ações objetivem a criação de um bem ou resultem em benefício a pessoa.

Significa o dever de maximizar os benefícios e minimizar os danos

Princípio da não maleficência

Assegura que sejam minorados ou evitados danos físicos aos sujeitos da pesquisa ou pacientes. Riscos da pesquisa são as possibilidades de danos de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Ressalta a obrigação moral de não infligir um dano intencional, ou seja, significa que se não podemos ajudar, pelo menos não devemos causar danos

Você deve diferenciar o princípio da não maleficência do princípio da beneficência por referir-se a uma abstenção, enquanto a beneficência reporta-se a uma ação.

Princípio da justiça

Exige equidade na distribuição de bens e benefícios em qualquer setor da ciência, como por exemplo: medicina, ciências da saúde, ciências da vida, do meio ambiente, etc. (UNISUL, 2008).

Significa uma distribuição equitativa (ou seja, uma distribuição igualitária) dos direitos, benefícios, responsabilidades ou danos entre os membros da sociedade.

É defendido no sentido de casos iguais requererem tratamentos iguais, ou seja, não podem ser justificadas discriminações em relação à assistência, baseada em critérios econômicos, sociais, raciais ou religiosos.

ATIVIDADE 10
DOBRADURAS DE PAPEL

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo
- Reconhecer a singularidade de cada um no grupo e valorizar o respeito ás diferenças.

Materiais
- Folhas de papel A4

ATIVIDADE 11
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
HUMANIZA SUS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos
- Introduzir a Política Nacional de Humanização : Humaniza SUS
- Reconhecer a humanização como Política de Saúde Pública

Materiais
- Texto: O que é o Humaniza SUS[45]

45 Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288

TEXTO PARA LEITURA

O QUE É HUMANIZA SUS

.....

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde, como:
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um."

ATIVIDADE 12

HUMANIZA SUS

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Identificar no texto HumanizaSUS , temas, conceitos e/ou partes que façam referência a Ética e Moral, Ética e Relações Interpessoais, Bioética e seus Princípios.

Materiais

- Texto: O que é o HumanizaSUS[46]

ATIVIDADE 13

ATIVIDADE EM GRUPO

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Refletir com a turma sobre a humanização nas relações interpessoais.
- Relacionar os temas ética e moral as ações de humanização

Materiais

- Texto:Vista Cansada – Otto Lara Resende[47]

TEXTO PARA LEITURA

VISTA CANSADA

.....

Otto Lara Resende

Se eu morrer, morre comigo um certo modo de ver, disse o poeta. Um poeta é só isto: um certo modo de ver. O diabo é que, de tanto ver, a gente banaliza o olhar. Vê não-vendo. Experimente ver pela primeira vez o que vê todo dia, sem ver. Parece fácil, mas não é. O que nos é familiar já não desperta curiosidade. O campo visual da nossa rotina é como um vazio.

Você sai todo dia, por exemplo, pela mesma porta. Se alguém lhe perguntar o que é que você vê no seu caminho, você não sabe. De tanto ver, você não vê. Sei de um profissional que passou anos a fio pelo mesmo hall do prédio do seu escritório. Lá estava sempre, pontualíssimo o mesmo porteiro. Dava-lhe bom dia e às vezes lhe passava um recado ou uma correspondência. Um dia o porteiro cometeu a descortesia de falecer.

Como era ele? Sua cara? Sua voz? Como se vestia? Não fazia a mínima ideia. Em 32 anos nunca o viu. Para ser notado o porteiro teve de morrer. Se no lugar, estivesse uma girafa, cumprindo o rito, pode ser que também ninguém desse por sua ausência. O hábito suja os olhos e lhe baixa a voltagem. Mas há sempre o que ver. Gente, coisas, bichos. E vemos? Não, não vemos.

Uma criança vê o que o adulto não vê. Tem olhos atentos e limpos para o espetáculo do mundo. O poeta é capaz de ver pela primeira vez o que, de tão visto, ninguém vê. Há pai que nunca viu o próprio filho. Marido que nunca viu a própria mulher, isso existe às pampas. Nossos olhos se gastam no dia-a-dia, opacos. É por aí que se instala no coração o monstro da indiferença.

[46] Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_textocfm?idtxt=28288

[47] RESENDE, Otto Lara. Vista Cansada. Texto publicado no jornal “Folha de S. Paulo”, edição de 23 de fevereiro de 1992.

ATIVIDADE 14

TRABALHO HUMANIZADO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Refletir sobre os valores éticos, o direito à saúde e a humanização em saúde.

Material

- Texto: Ética: Desafios e Possibilidades do Processo de Trabalho[48]

TEXTO PARA LEITURA

ÉTICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO

" A Ética que não serve para tornar a vida
mais humana é como a Medicina que não serve para curar".
Bakshtanovski

INTRODUÇÃO

O mundo atual nos impede muitos desafios, principalmente no campo ético, porém é preciso empreender esforços para possibilitar mudanças comportamentais, sobretudo no campo humanístico. Pode levar tempo, mas tudo é processual e possível. A história nos ensina que as transformações sociais são lentas, contudo, a concretude desse fenômeno só é possível quando começar por mim e por você.

É preciso considerar que dentro das competências do profissional de saúde está o exercício de trabalho com ética. No planejamento do seu espaço de trabalho é imprescindível pensar em ética. Aliás, o que se entende por ética? Como aplicá-la em nosso cotidiano, principalmente em nosso processo de trabalho que lidamos constantemente com pessoas? Essas questões nos trazem desafios, reflexões, análises-críticas sobre o nosso fazer e possibilidades de melhor agir, a fim de oferecer nosso serviço fundamentado em valores que levem as pessoas a palmilharem caminhos de liberdade, justiça, solidariedade e bem-estar social.

Será que o meu fazer não depende do meu ser? O que está por traz do meu saber-fazer? Por quê? Porque, segundo Pedro Demo (19970 " o centro de uma profissão não é fazer, mas saber-fazer,ou seja, a competência inovadora permanente". Assim, se " o profissional que não mergulhar em seu próprio saber para questioná-lo estará eticamente equivocado" (LEOPARDI, 1994, p.85).

O saber-fazer e o fazer-ser estão em plena consonância com o pensamento do cantor americano Elvis Aron Presley (1935-1977) quando disse: "valores são como impressões digitais. Ninguém tem as mesmas, mas você as deixa em tudo o que faz". Logo, é preciso que tenhamos alguns cuidados durante o nosso relacionamento, principalmente no campo da saúde.

O nosso saber não deve ser concebido como uma propriedade privada tem o direito de partilhar. O nosso saber é resultado de esforços individuais e também coletivos que devem voltar para o coletivo, para o bem-estar social. Portanto, é um legado (herança) que se tem como objetivo o exercício solidário,ou seja, do interesse recíproco. Então, isso nos mostra que é necessário desenvolvermos a cultura coletiva, sem a qual teremos sérios problemas sociais e até de identidade enquanto pessoa, porque ninguém vive somente em função de si mesmo, ou seja, o egocentrismo deve dar lugar ao altruísmo (interesse pelo próximo).

Voltando para a família. A Declaração Universal dos Direitos Humanos(ONU-10/12/1948) reconhece

[48] DOS ANJOS, ELIEZEL A. Ética: Desafios e Possibilidades do Processo de Trabalho.Guia Curricular do Curso Técnino Em Vigilância em Saúde da ETSAL.

no seu Artigo XII, que " ninguém será sujeito à interferência na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação". Então, significa que o respeito ao domicílio humano é importante e a "sutileza que deve permear qualquer ação de saúde que com ele integra e interfere, é indiscutível".

ÉTICA NO MEU ESPAÇO DE VIDA E DE TRABALHO

A ética (ethos em grego), significa a "morada do homem", o que reforça a idéia da importância do respeito à família, ao ser humano. Assim, quando o homem entrar em conflito como ethos ou tentar abandoná-lo, o homem se sente perdido, fora de casa. O homem vive mergulhado na experiência ética ou moral, em meio de ambiguidades e conflitos. Poderá adotar esta ou aquela moral, mas jamais poderá viver sem ela. Por isso, " o fenômeno ético é universal por ser humano". O homem vive sempre na experiência do ethos. Então, ethos tem o significado de caráter; i.e., modo de ser adquirido,espécie de segunda natureza.

Ethos é o "lugar humano de segurança existência". Ética é a "ciência do que o homem deve ser em função daquilo que ele é ". Segundo Germano (1993,p.120), "ética e experiência de vida, e posicionamento político e ideologia.

É prática , é vida, é ser"[49]. E ainda acrescenta que a Ética "contribui de modo significativo para um melhor direcionamento do profissional, no exercício de sua profissão. Sem [...] um acreditar, um pensar que levem a um agir profissionalmente ético, a profissão se esvazia". A Ética estabelece um dever, uma obrigação,um comportamento. Mas qual e seu fundamento? Segundo Camargo(2003,p.19) ," [...] e do próprio ser do homem e da sua natureza que surge a fonte de seu comportamento". Ou seja, segundo este autor " o agir depende do ser[2]". Por isso afirma Silva (1994,p. 6 apud Carmago, 1999,p.21) que "de modo geral a Ética é a ciência que tem por objeto a finalidade da vida humana e os meios para que isto seja alcançado". Dessa forma, tem-se como compreensão de que a ética se fundamenta no agir humano na busca de sua realização pessoal.

Portanto, o profissional de saúde antes de ser profissional da saúde, ele é uma pessoa, e só vai realizar-se como tal na medida em que se realizar como pessoa. Exige-se que antes de tudo deve ser pessoa, ser gente, na maior dimensão. Então, antes de perguntar: o que devo fazer? Como devo me comportar? Deve perguntar: o que sou? Quais são minhas energias humanas que não podem ficar represada, mas devem ser impulsionadas? Daí, conclui-se que o objetivo da Ética é apontar rumos, descortinar horizontes para a realização do próprio ser humano. Ou seja, segundo Germano (1993,p.127), é preciso "agir de forma libertadora diante de tudo aquilo que diminui, ofusca, mascara ou manipula a pessoa, na sua dignidade em seus direitos". Aqui se inscreve o desafio para o profissional da saúde, de identificar os valores de sua profissão e sua relação com a realidade de trabalho, de luta, de vida.

Assim sendo, é chegado o momento de refletir sobre sua prática e organização, na busca de uma consciência crítica da realidade e da sua práxis. Sempre assumindo uma atitude de transformação, e, então, assumir seu compromisso junto à população, na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

Refletir sobre minha prática é perguntar: estou tratando com respeito as pessoas que dependem do meu trabalho? Quando visito uma família, cumprimento educamente os seus membros? No exercício do meu trabalho o tom de seriedade somente é possível quando o meu superior está presente? Tenho realmente cumprido com as minhas atribuições na área na qual trabalho? A minha consciência e coerência estão sujeitas a situações e circunstâncias?

---

[49] Na Grécia, a Ética adquiriu outros significados: hábito, temperamento, caráter, modo de pensar. Tomando o ethos com o significado de caráter, Aristóteles formou o adjetivo ético para designar uma classe particular de virtudes humanas e a Ética como ciência que estuda essas virtudes. Em Roma, o vocábulo ethos encontra um análogo latino mores, traduzido como hábito, costume, caráter, comportamento, natureza interior, lei, etc. Ao comportamento moral são atribuídas às questões de ordem prática, o problema do que fazer em cada situação concreta; cabe a ética a reflexão sobre esse comportamento prático. Os homens não só agem moralmente, tomando decisões, enfrentando problemas nas suas relações interpessoais, julgando seus atos etc., mas também refletem sobre esse comportamento.

Na linguagem cotidiana, mesmo entre os estudiosos sobre o assunto, os termos moral e ética até hoje são mutuamente substituíveis, isso porque, na verdade, eles se entrecruzam quanto ao seu contéudo. Assim, por exemplo, e tarefa da ética investigar o contéudo do bom, mas não lhe cabe determinar o comportamento de cada indivíduo em uma dada situação concreta, para que o seu ato seja considerado bom (GERMANO,R.M. 1993, p. 24).

[50] O dever do giz é agir como giz; o dever do sol é ser sol e agir como sol;ao contrário, o único mal do giz é não agir como giz, o único mal do sol é não ser e não agir como sol. Logo, este mesmo racioncínio se aplica ao ser humano: a única obrigação do homem é ser e agir como homem. Então, a Ética brota dentro do ser humano, daqueles elementos que o caracterizam na sua essência como humano, diferenciando-o dos outros seres; ela exige antes a determinação de sua realidade ontológica(parte da filosofia que trata do ser enquanto ser,i.e.,do ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres) para. a partir daí, estabelecer a forma de comportamento.

Essas e outras questões devem ser motivo da nossa reflexão. Não podemos subestimar nosso trabalho. O trabalho do profissional da saúde é de grande relevância para o SUS. No entando, precisamos avançar em qualidade de serviço, precisamos dar resolutividade as demandas da nossa comunidade, mas precisamos, principalmente, melhorar em qualidade de pessoa, de ser humano. Sem melhoramento nessa área estaremos comprometendo todo processo de trabalho.

PRECISAMOS HUMANIZAR NOSSO TRABALHO

Humanizar nosso trabalho está se tornando um consenso. Hoje, mais do que nunca, é um imperativo humanizar nosso exercício de trabalho. Isso significa humanizar nossa relação com a comunidade.

Segundo o Dr. Heinz Roland Jakobi, Médico Ginecologista e Obstetra " todos os profisssionais de saúde são humanos, mas nem todos poderiam ter a honra de serem denominados " humanizados", apesar de seus protestos". Afinal, o que é " ser um profissional humanizado"?

Desta forma, chamamos de "Humanização" uma nova visão do atendimento ao paciente.

Assim, "Humanização" não é o que se sabe mas como se usa esse saber e aí entra em jogo a subjetividade, a pessoa.

Humanizar, segundo Fortes e Martins (2000, p.31) , " significa reconhecer as pessoas, que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos".Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia. Ou seja, poder agir enquanto uma pessoa autônoma. Dessa forma, qualquer pessoa, independente de sua idade, preservada suas condições intelectuais e psicológicas tem a capacidade de avaliar a natureza e as conseqüências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, objetivando a melhoria do serviço e consequentemente a diminuição das desigualdades do país.

ATIVIDADE 15

AVALIAÇÃO

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Investigar os conhecimentos , competências e habilidades dos alunos.
- Acompanhar o processo de ensino-aprendizagem, identificando os progressos, os sucessos e as dificuldades dos alunos visando recuperá-las.
- Aperfeiçoar, reorganizar e até mesmo reorientar o processo de ensino-aprendizagem.
- Verificar se os alunos alcançaram os objetivos e/ou desempenhos finais esperados.

Materiais

- Papel A4

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES