

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A CONCEPÇÃO DE SAÚDE QUE ORIENTA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC**

DEBORA DALLA CORT

Numero: 2030

FLORIANÓPOLIS (SC)

2007.2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A CONCEPÇÃO DE SAÚDE QUE ORIENTA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Bacharelado de Assistente Social pela acadêmica Debora Dalla Cort.

Orientador(a): Profa. Ms. Elizabeth Callado de Oliveira
Carreirão

FLORIANÓPOLIS (SC)

2007.2

DEBORA DALLA CORT

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE QUE ORIENTA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC

Trabalho e Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora

Prof^a. Ms. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão

UFSC/ Departamento de Serviço Social

1^a Examinadora

Prof^a Dra. Edalea Maria Ribeiro

UFSC/ Departamento de Serviço Social

2^a Examinadora

Francielle Lopes Alves

Assistente Social / Hospital Universitário - UFSC

Florianópolis, dezembro de 2007

DEDICATÓRIA

A Deus por ter me motivado e encorajado para ser forte nos momentos precisos e por estar sempre comigo em todos os momentos da minha vida e durante o processo deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que não tornou o caminho mais fácil, mas me levou pelas mãos durante a caminhada.

Aos professores e servidores do Departamento de Serviço Social, pelos valiosos ensinamentos, pelo carinho com que sempre me receberam.

A Assistente Social Carmem Lúcia Blasi Villari, pela oportunidade de estágio na Unidade de Internação Pediátrica, pelo apoio e ensinamentos.

A professora Edaléa Ribeiro, que contribuiu na realização deste trabalho.

A minha orientadora Elizabeth Carreirão, pelas valiosas contribuições, por ter confiado em mim, e principalmente por ter tornado possível a elaboração deste trabalho.

Aos colegas do curso pelo apoio carinho e ajuda nos momentos difíceis. Lembrarei com saudades de todos.

Aos meus queridos primos, Rodrigo e Fabiana, pelo incentivo, compreensão apoio, telefonemas, orações, pelo que não tenho palavras para agradecer. Fabi, apesar do pouco tempo que nos conhecemos, saiba que você é especial para mim.

À prima Fernanda pelas cartas e apoio recebido durante os primeiros meses de adaptação em Florianópolis.

A minha querida irmã Daiane. Apesar do afastamento, você contribuiu para a minha formação.

A minha Mãe, que apesar do pouco tempo que convivemos juntas, foi uma das responsáveis pela minha vinda a Florianópolis, obrigado pela paciência, pelo incentivo e pela ajuda na época do cursinho.

Aos colegas que participaram deste trabalho, por emprestarem seu tempo e idéias.

Aos 12 membros participantes das entrevistas da qual foi possível realizar este trabalho.

Aos amigos que trago no coração desde a infância, e aqueles que conquistei durante a caminhada.

Aos colegas de trabalho, família que adotei por mais de seis anos.

As colegas de apartamento, Priscila e Ana, pelo apoio, conversas e angústias compartilhadas juntas.

Aos novos colegas da Associação Norte Paranaense que apesar de pouco tempo, colaboraram com o meu trabalho de conclusão do curso.

Em especial, aos meus queridos tios, Valdevino e Barbarina, Salete e Ildo, agradeço pela educação, paciência, por terem me ensinado muitos dos valores que hoje possuo. Obrigado por tudo que fizeram por mim, sem que ao menos eu me desse conta.

Sobretudo, agradeço a todos, pela lição de amor que me ensinaram durante a vida. Hoje procuro entre as palavras, aquela que gostaria que seus corações ouvissem do meu, e só encontro uma: OBRIGADA.

LISTA DE SIGLAS

- (AIS) Ações Integradas de Saúde;
- (CAPs) Caixas de Aposentadorias e Pensões;
- (CNS) Conferência Nacional de Saúde;
- (CF) Constituição Federal;
- (HU) Hospital Universitário;
- (IAPs) Instituto de Aposentadoria e Pensões;
- (INPS) Instituto Nacional de Previdência Social;
- (LOS) Lei Orgânica da Saúde;
- (ONU) Organização das Nações Unidas;
- (OMS) Organização Mundial da Saúde;
- (SIA-SUS) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS;
- (SUAS) Sistema Único de Assistência Social;
- (SUS) Sistema Único de Saúde;
- (UIP) Unidade de Internação Pediátrica;
- (UFSC) Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
SEÇÃO 1	11
1. O Hospital Universitário e a Política de Saúde	17
1.1 Hospital Universitário – Breve Histórico	12
1.2 A Política de Saúde no Brasil	16
1.2.1 Modelos de Políticas de Saúde (1900-1975)	16
1.2.2 O Movimento Sanitário	23
1.2.3 O Sistema Único de Saúde - SUS	28
1.2.4 Profissionais da Saúde: Inserção do Serviço Social	36
1.2.5 Serviço Social na Instituição – H.U.	41
SEÇÃO 2	46
2. Concepção de Saúde que Orienta a Equipe Multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica – H.U./U.F.S.C	46
2.1 O Histórico do Conceito e das Práticas de Saúde	46
2.1.1 Interpretações Mágico Religiosas nos Primórdios	47
2.1.2 Saúde da Idade Média à Idade Contemporânea	49
2.2 Metodologia	60
2.2.1 Apresentação de Resultados	62
2.2.2 A Concepção de Saúde que Orienta a Equipe Multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário / U.F.S. C.	75
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
SITES CONSULTADOS	88
APÊNDICE	89
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento livre e esclarecido	89
APÊNDICE 2 – Questionário Semi Estruturado	90
ANEXO	91
ANEXO 1 – Cadastro Sócio Econômico	91
ANEXO 2 – Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990	108
ANEXO 3 – Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1999	110

INTRODUÇÃO

Compreender a natureza da saúde humana é um tema muito instigante. Desde explicações mais simplórias até elaboradas teorias. O homem sempre procurou significados para explicar o que sente. Conceitos sobre saúde e doença são continuamente reformulados tanto no campo científico quanto no leigo. Atualmente, o interesse por estes conceitos parece mais presente do que nunca.

A saúde da população mundial encontra-se em um estado preocupante. Nos países ditos em desenvolvimento a escassez de recursos é grande e as repercussões de tal fato trazem a tona questões éticas em relação ao planejamento. Nos países ocidentais, que possuem um privilegiado estado de saúde, começa a existir uma preocupação com a demanda em relação aos cuidados e tratamentos, já que sua população é cada vez mais idosa e com mais doenças. Portanto, até os países privilegiados se vêem em um estado de crise no que se refere a recursos financeiros e outros recursos (NORDENFELT, 2000).

No século XX o conceito de saúde varia entre as diferentes populações, entre as diferentes culturas. Primeiramente, saúde era compreendida como sendo o estado de ausência de doença, tendo o médico, como agente, atuando em hospital. Neste modelo, o centro das atenções era a *'patologia'* em si. O controle de sua evolução e o retorno ao estado de não doença eram os objetivos de todas as atividades.

Com o desenvolvimento de novas habilidades, a Medicina foi se fragmentando, dando origem e espaço para outros profissionais de saúde. Desta integração surge a noção de sistema de saúde. Aos aspectos físicos e biológicos foram sendo agregados os psicológicos e os sociais, reconhecidos como causas de doenças. Com isso, a saúde de um simples estado de ausência da doença, passou a ser entendida como sendo um estado de bem estar físico, mental e social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe, em sua Carta Magna de 07 de Abril de 1948, um conceito de saúde subjetivo e idealizado: “saúde é um estado de completo bem-estar social e não apenas ausência de afecção ou doença”.

Na década de 1970 no Brasil, o Movimento Sanitário eclodiu a construção de uma nova política que viabilizou a reforma no setor da saúde, desdobrando-se a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) idealizado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986.

Nesta Conferência o conceito de saúde passa a assumir a seguinte significação: “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, é assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social”.

O interesse pelo tema surgiu no período de estágio obrigatório, desenvolvido na Unidade de Internação Pediátrica do HU nos meses de março a agosto de 2007. Fiquei particularmente intrigada com as dificuldades enfrentadas não só relacionadas com a atuação da Assistente Social, mas pela equipe no sentido de prover a saúde conforme preconiza a VIII CNS e inserida no Sistema Único de Saúde. Posso dizer também que a sensibilidade de alguns profissionais no sentido de ‘prover’ a saúde me deixou comovida, e, em contrapartida, a insensibilidade de alguns me deixou chocada.

Diante disso, senti a necessidade de pesquisar e compreender qual é o conceito de saúde que cada profissional traz em sua formação na área de saúde.

Apresentar a Concepção de Saúde da qual orienta o trabalho da Equipe Multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é um dos desafios que devem ser enfrentados. Percebemos quanto a necessidade de pesquisar e compreender qual é o conceito de saúde que cada profissional da Unidade de Internação Pediátrica (UIP) traz em sua formação na área de saúde.

A pesquisa tem como objetivo principal investigar o conceito de saúde presente na equipe multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica do H.U.(UFSC), traduzidas na definição da VIII CNS de 1986. A motivação para a realização deste estudo surgiu no período de

Estágio realizado no Hospital Universitário de Florianópolis (HU/UFSC) por meio de observação do atendimento da Equipe Multiprofissional atuante na Unidade de Internação Pediátrica

Visando alcançar o objetivo deste estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas, com o intuito de obter informações acerca do ‘conceito saúde’. Esta pesquisa será mais bem explicada na segunda seção.

O trabalho está estruturado em duas seções.

Na primeira seção será abordado o contexto histórico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, data de criação, como é o financiamento, política de saúde a qual este está vinculado, distribuição de seu espaço físico, demanda atendida, bem como as contribuições do Movimento Sanitário na criação do atual modelo de saúde; e a inserção do Assistente Social neste campo.

Em seguida se dará a contextualização das políticas de saúde existentes no Brasil desde o século XX até os dias atuais. Na ocasião também abordarei temas como: o movimento sanitário, o SUS, e a inserção do Serviço Social na área da saúde e na Instituição HU.

A segunda seção aborda a metodologia utilizada.

Nesta seção também ocorre à contextualização das diferentes concepções de saúde presentes na literatura que considerarei mais importantes para analisar. Analiso inicialmente como era compreendido o termo saúde na antiguidade, na idade média, idade moderna até a contemporaneidade.

A seguir, são apresentados os resultados do estudo, que visa contribuir para uma nova prática de cuidados com a saúde, bem como, para a formulação de estudos posteriores. Por fim, serão apresentadas as considerações finais, as referências bibliográficas utilizadas, os apêndices e os anexos.

SEÇÃO 1

1. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A POLÍTICA DE SAÚDE

1.1. Hospital Universitário – Breve Histórico

A criação do Hospital Universitário em 1980 vem como resposta, dentre outros motivos, à demanda de alunos estagiários da UFSC, na área da saúde, que até então desenvolviam suas atividades no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no Hospital de Caridade, no Hospital Governador Celso Ramos e na Maternidade Carmela Dutra, por meio de convênio celebrado entre estas instituições e a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Entretanto, esta demanda vem de longa data.

Na década de 1960, iniciou-se estudo para a viabilização do projeto de construção do Hospital Universitário- HU que proporcionasse maior qualidade na promoção do ensino, pesquisa e extensão, em virtude dos hospitais conveniados à Universidade Federal de Santa Catarina não possuírem equipamentos suficientes para atender as necessidades do ensino na área de saúde.

Em 1964, quatro anos após a elaboração do projeto, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprovou a construção do HU, sendo a execução confiada a uma comissão de médicos e professores. Após quinze anos de reivindicações de docentes, alunos e comunidade junto às autoridades federais, as obras de construção foram concluídas.

O projeto e a construção do HU foram fundamentados com base nas diretrizes recomendadas pela comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura que preconiza as seguintes finalidades: assistência médico-cirúrgica, ensino da área da saúde e desenvolvimento de pesquisas.

Inaugurado em 02 de maio de 1980, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, tem por finalidade promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins, e prestar assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária. Sua missão é: “Preservar e

manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. Sua visão para o ano de 2012 é “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho”¹.

A Lei Orgânica da Saúde, número 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta as ações e serviços de saúde e estabelece no art. 45 que:

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.

A revista da Associação Médica Brasileira² define Hospital Universitário como:

Uma instituição que se caracteriza: a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde [...]; b) por prover treinamento universitário na área da saúde; c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) [...] apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa.

O HU está vinculado ao Sistema de Saúde vigente, e atua nos três níveis de atenção da saúde, o básico (prevenção e promoção da saúde), o secundário (atendimento especializado) e o terciário (alta complexidade no atendimento) que baseado nos preceitos constitucionais, norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

De acordo com WESTPHAL e ALMEIDA (1995) os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, são assim descritos:

Universalidade – todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc.

Equidade – todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades.

¹ Disponível: <http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/> acesso em 12/10/07.

² Disponível em www.scielo.br, acesso em 12/10/2007.

Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e morrer, ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O hospital é financiado pelo SUS, através do Ministério da Saúde, pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e através do orçamento da Universidade (UFSC). Sua abrangência é estadual; recebe encaminhamento da demanda das unidades básicas de saúde (centros de saúde) da grande Florianópolis e cidades do interior do Estado de Santa Catarina, para diversas especialidades. Busca garantir à população o que está contido na Constituição Federal de 1988, no capítulo que trata da questão de saúde, prestando atendimento ao usuário de forma universalizada e sem discriminações.

Para custeio do tratamento prestado do paciente o HU emite fatura de custos ao SIA/SUS – Sistema de Internação Ambulatorial, quando o paciente é atendido na esfera ambulatorial ou na emergência até um período de 24hs de atendimento no HU, quando excede esse horário o paciente é encaminhado para as Unidades de Internação e a fatura é emitida para o SIH/SUS – Sistema de Internação Hospitalar. Estas são duas fontes de receitas através do Sistema Único de Saúde, outras fontes estão vinculadas a doações, campanhas, convênios com entidades de fomento à pesquisa.

Para proporcionar assistência à população e também ensino aos alunos, o Hospital Universitário dispõe de: ambulatórios, clínicas de internação e de emergência, banco de sangue, serviços complementares como: serviço social, psicologia, farmácia, nutrição. Também vem buscando garantir tratamento dos usuários dos diferentes graus de complexidade; oferece 246 leitos que são distribuídos em oito Unidades:

- Clínicas Cirúrgicas I e II;
- Clínicas Médicas I, II, III;
- Maternidade;
- Ginecologia;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

- Unidade Tratamento Dialético (UTD);
- Emergência (adulto e infantil); e
- Pediatria.

Como unidade hospitalar pública, o HU busca garantir à população o que está contido na Constituição Federal de 1988, no capítulo que trata da questão de saúde, prestando atendimento ao usuário de forma universalizada e sem discriminações.

Para atendimento aos pacientes, disponibiliza especialidades médicas nas áreas de: Cardiologia, Pneumologia, Ginecologia, Neurologia, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, Urologia, Proctologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Anestesiologia, Hematologia e outros profissionais, dentre eles:

- Enfermeiros (as);
- Nutricionistas;
- Psicólogos (as);
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogas;
- Farmacêuticos
- Bioquímicos
- Assistentes Sociais; e
- Auxiliares e Técnicos de enfermagem, estagiários e residentes.

Sua gestão é composta por administradores, economistas, contabilistas, técnicos administrativos, dentre outros profissionais que de forma indireta ou indireta prestam serviços, colaborando com o funcionamento da Instituição.

A Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário, local onde foi desenvolvido o estágio curricular obrigatório, iniciou suas atividades em 09 de julho de 1980, prestando atendimento a crianças e adolescentes de (0) zero à (14) quatorze anos. Dispõe atualmente de 35 leitos para internação, e de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e assistente social. A Unidade de Internação

Pediátrica visa oferecer um atendimento globalizado à criança e sua família, e está voltada para o tratamento e recuperação para os casos que não necessitem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dependendo da debilidade, a criança é transferida para o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), hospital estadual equipado para tratamento cirúrgico e intensivo para tratamento de média a alta complexidade.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

O Sistema de Saúde no país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Neste sentido, realizar-se-á um resgate histórico da política de saúde no Brasil, desde a reforma sanitária até a implantação do Sistema Único de Saúde. As páginas que seguem buscam realizar uma abordagem a esse respeito.

1.2.1 Modelos de políticas de Saúde (1900 - 1975)

Analisando a trajetória da saúde no Brasil, identificam-se quatro principais tendências na política de saúde (CARVALHO *et al*; 2001, p. 27).

A primeira foi o **sanitarismo campanhista**, porque tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação. Vigorou do início do século XX até 1945. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de **transição** para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos 1980, o **modelo médico assistencial privatista**. Hoje tem-se um **modelo liberal** que inclui como sistema público, o SUS. Aqui vamos analisar cada um deles.

Na sociedade brasileira a saúde passou por diversas modificações incorporadas a mudanças sócio-políticas.

Na Primeira República (1889 -1930) do Brasil foram criados e implementados serviços e programas de saúde pública em nível nacional, em que foram organizadas instituições

públicas de higiene e saúde. Adotou-se o modelo das campanhas sanitárias³ com o propósito de combater as epidemias urbanas e rurais. Consolidou-se neste período uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista com perfil autoritário que por sua vez, dificultava a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde (Martins, 2004).

O modelo sanitarista era caracterizado como de inspiração militarista, com forte concentração das decisões. Visava, principalmente, o combate de doenças de massa, como cólera, febre amarela, varíola, tuberculose. Objetivava, dessa forma, erradicar as doenças que poderiam prejudicar a exportação⁴, para isto, buscava o saneamento dos espaços por onde circulavam as mercadorias (WESTPHAL e ALMEIDA, 1995 apud SIMON, 2006, p. 15).

Na década de 1920, a saúde pública passou a ser organizada de forma mais consistente através da Reforma Carlos Chagas. Em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, inaugura-se o Sistema de Previdência Social Pública no Brasil. A lei criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas de forma tripartite, pelos empregados, empresas e governo. Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluíam muitos segmentos da população. Como a maior parte dos trabalhadores eram excluídos de tais benefícios, recorriam aos serviços públicos de saúde e ao atendimento dos profissionais liberais.

Data de 1923 a instituição das CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão) no Brasil. Foram, inicialmente, agregadas às empresas ferroviárias, estendendo-se progressivamente às outras categorias profissionais. Tinham como objetivo prestar assistência médica e fornecer medicamentos a preços especiais, além de aposentadorias e pensões. Eram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva. (MOTTA, Manuel Francisco Vasconcelos da; SOARES, Nina Rosa Ferreira. As Políticas de Saúde, os Movimentos Sociais e a Construção do Sistema Único de Saúde. Disponível em: >www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/aspolíticas_de_s.html>. Acesso em 20 de setembro de 2007).

No período Populista (1930 - 1950) houve a criação dos institutos de Seguridade Social (Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPS), organizados por categorias

³ O sanitarismo campanhista encarna a saúde pública tradicional desenvolvida desde o início do século, visando o combate às grandes epidemias.

⁴ Neste período a economia do país era praticamente oriunda da exportação da cana-de-açúcar e café.

profissionais, que favoreciam tanto trabalhadores urbanos como os ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos. Segundo Nogueira (2002)

A implantação das caixas de Aposentadoria e Pensão, a partir de 1923 e a transformação das mesmas em Institutos de Aposentadoria e pensão, na década de 1930, constituem-se nos embriões da política previdenciária, que se fortaleceu pautada no modelo securitário alemão. Foi-se consolidando um ideário favorável a uma relação pacífica entre trabalhador e empregador, na construção da ordem capitalista meritocrática brasileira (p. 145)

Durante os anos 1945 e 1950, a assistência médica prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores foi à única disponível. Poucos eram os estados e municípios que dispunham de serviços de assistência médica dirigidos às necessidades da população. Muitos trabalhadores formais, bem como os rurais e os do setor informal urbano, não pertenciam a ramos de atividades ou categorias profissionais cobertas pelos IAPs e pela estrutura remanescente das CAPs (MÉDICI, 1995).

No Período do Desenvolvimento (1946 - 1964), o modelo assistencialista-privatista se expandiu, conformando-se num desenho que é denominado por Wanderley (1979) de *cidadania reguladora*. Regulação que apresentava uma dupla face: regulava o ingresso no mercado de trabalho e o acesso aos benefícios, o qual era definido pelo status ocupacional.

A exclusão e outras deficiências levaram à unificação das estruturas de assistência médica dos IAPs, discussão iniciada nos anos de 1950 e consumada pela Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960. Este período também foi marcado pela tentativa de implantar-se um projeto de desenvolvimento econômico integrado à ordem capitalista industrial e pela crise no regime populista e nacionalista dos anos de 1960.

No início dos anos de 1960, como observa Nogueira (2002, p. 146), verifica-se “[...] uma incipiente, descentralização do sistema de saúde, com a criação das secretarias estaduais e municipais. O público-alvo era a população excluída do sistema, que crescia rapidamente devido o êxodo rural verificado no período”.

Após o golpe militar de 1964, no ano de 1967, com o governo autoritário instituído, foi possível alterar o sistema de previdência social e assistência médica, criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, até então prestados pelos IAPs e CAPs.

Na abordagem de Maria Inês Bravo, a criação do INPS constitui-se:

[...] na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no governo populista; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. (BRAVO, 1996, p. 30).

Este fato marca a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. A criação do INPS, ao unificar os antigos IAPS, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista. Tratava-se, portanto, de uma reorientação das relações do Estado e classes trabalhadoras (BRAVO, 2006).

O Estado, portanto, 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.

Desta forma o INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuía na época com 8% de seus salários, acrescidos dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica).

Para Oliveira e Teixeira (1986), as principais características desse modelo foram: o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração do lucro.

Surgiam, no país, na década de 1970, medidas de transformação do modelo de atenção à saúde previdenciária para um modelo universalista. Nesta mesma década a Previdência Social no Brasil passou por uma reestruturação interna, com a redefinição dos papéis e criação de órgão que formaram um sistema de previdência.

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975) buscava organizar, racionalizar e

centralizar administrativamente a previdência, reunindo em um único sistema os seguintes órgãos: INPS, INAMPS, AIPAS, LBA, FUNABEM, DATAPREV. A fonte de financiamento do SIMPAS era por meio da contribuição sobre a folha de salários.

O SIMPAS era composto pelas seguintes instituições: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATPREV); Central de Medicamentos (CEME) e Fundação Abrigo Cristo Redentor (FACR).

Conseqüentemente com a criação do SIMPAS, o INPS perdeu a função de responsável pela assistência médica; desde então o INAMPS passou a ser co-responsável. A lógica deste sistema estava pautada no Estado como grande financiador da saúde; no setor privado nacional como prestador dos serviços de atenção médica e; no setor privado internacional, como produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos. Porém, o modelo hegemônico assistencial-privatista que se apresentava neste período passava por graves problemas em decorrência da crise financeira oriunda de fraudes no sistema previdenciário, da exclusão de parcelas expressivas da população, do agravamento do quadro econômico pós-milagre⁵ e do reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura (ALMEIDA, CHIORO, ZIONE, 1995).

Nos anos de 1980, foram desenvolvidas propostas de unificação das redes federal, estadual e municipal para promover a descentralização do sistema de saúde. Fazia-se necessário incorporar o Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao Ministério da Saúde. O INAMPS com isso passaria a ser a responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar integral a toda a

⁵ “O milagre brasileiro” foi um fenômeno observado no período ditatorial, primordialmente, no período compreendido entre 1968 e 1974 e que se caracterizou por uma ênfase no crescimento acelerado do produto Interno Bruto (PIB), marcando um período de crescimento do capitalismo. De acordo com Singer (1980 apud Iamamoto 2001), o significativo crescimento foi possível com a liberação do crédito, pelo governo, a partir de 1968, após vários anos de recessão. Segundo o mesmo autor, a ocorrência do “milagre” só foi possível mediante a repressão das tensões sociais que permitiram o estabelecimento de medidas importantes na transformação das relações de trabalho. Neste âmbito, destaca-se a nova política de arrocho salarial e a substituição do sistema de estabilidade no emprego pelo fundo de garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Em conseqüência, a política social se colocou como estratégia para atenuar seqüelas do desenvolvimento do capitalismo monopolista no país, marcado pela exploração da força de trabalho e pela forte concentração de renda.

população. A Previdência deixaria de oferecer serviços de saúde e passaria ao papel de gerenciamento dos benefícios de auxílio e aposentadoria. (Lucchese, 1996, p. 84).

O sistema de saúde presente na década de 1980 era financiado por contribuições sociais que provinham de empregados e empregadores (desconto na folha de pagamentos), bem como da contribuição do Fundo de Investimento Social – FINSOCIAL⁶.

Ao longo dos anos de 1980, o Tesouro Nacional passou a participar mais do financiamento da saúde. Também foram criados programas no setor da saúde, para o desenvolvimento de políticas de atenção. Em 1984 foi criado o Programa das AIS – Ações Integradas de Saúde – programa que marcou a passagem definitiva do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo mais universalista.

Em 1987, criou-se o SUDS - (Sistema Unificado de Saúde), concomitantemente as discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde, que marcou o crescimento do projeto da Reforma Sanitária, e a elaboração da nova Constituição Federal do Brasil, aprovada em 1988. Este sistema funcionou como programa transitório entre as AIS e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi substituído pelo SUS após a aprovação da nova Constituição.

Entretanto, foi somente a partir da década de 1990 que as políticas sociais de saúde começaram a assumir um caráter integrador. É importante esclarecer que até este período a sociedade e o Poder Público direcionavam o cuidado de maneira focalizada, seja no indivíduo ou até de maneira reducionista, na doença.

O sistema de saúde brasileiro entra na primeira década do novo século com grandes desafios, gerados pela política de ajuste neoliberal introduzida na última década. Neste período a saúde passa a integrar o tripé da Seguridade Social⁷ juntamente com a previdência e

⁶ Foi criado e, em paralelo, criou-se também uma contribuição social correspondente. Esta contribuição incidida sobre o faturamento das empresas. Com a criação da contribuição social do Finsocial, por meio do Decreto – Lei n 1.940, de maio de 1982, voltou a existir a tributação cumulativa – “em cascata”-, que tinha sido proibida pela Constituição Federal de 1967. Este fato gera regressividade no sistema, principalmente em se tratando de ser relacionado a uma Constituição voltada para o financiamento da área social. O Finsocial foi questionado quando da sua criação porque feria alguns preceitos legais, como a sua não regulamentação, o desrespeito aos princípios da anterioridade e da anualidade e as características de imposto indireto que a contribuição tinha. Também feria o princípio da não vinculação tributária e o princípio da não-cumulatividade (Constituição de 1967).

⁷ Conforma art. 194 da Constituição da República Federativa do Brasil, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos de saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2004^a, p. 140).

assistência social. Sendo definida como resultado de políticas sociais e econômicas, reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado, rompendo com o vínculo entre contribuições e acesso. Anteriormente à Constituição, o direito à saúde era relacionado com o emprego formal, não sendo para todos. O restante da população só tinha atendimento se pagasse particular ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, ou ainda se os hospitais se dispusessem a fazer o atendimento (BRASIL, 2004a).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, inicia-se um período significativo em relação às políticas sociais e na constituição de uma nova concepção de saúde e de doença. O direito à saúde e a garantia do pleno acesso aos serviços sem qualquer critério de exclusão ou discriminação universalizou-se. Esta universalidade representou uma conquista e ganho significativo para toda a população brasileira.

Dessa forma, a Constituição passa a garantir a saúde como um direito independentemente de contribuição ou qualquer condição prévia, conforme especificado em seu artigo. 196 (BRASIL, 2004a, p. 141): *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Segundo Nogueira (2002), a aprovação do direito à saúde se:

“Expressa numa perspectiva inovadora em relação a tais direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirma ainda, o trânsito para um Estado Institucional – redistributivo, na medida em que rompe com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizam para a atenção às necessidades integrais a saúde de todo cidadão” (p. 154).

De acordo com a mesma autora:

O reconhecimento da saúde como direito social, e a apreensão de sua garantia como dever do Estado, ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e valorativo. Supera-se uma visão que atribui às políticas sociais o papel de reduzir as injustiças sociais [...] Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca no mercado. Como um bem mercantil, supõe a sua desmercadorização

para sua garantia com as conseqüentes implicações na esfera da política e da economia (NOGUEIRA, 2002, p. 156).

A saúde também se insere como um direito de cidadania, abrangendo todos os cidadãos brasileiros, indiscriminadamente. Prevendo acesso igualitário às ações e serviços direcionados à promoção, proteção e recuperação da saúde. E ao Estado, cabe o dever de garantir esse direito a todos.

Assim, em acordo com o art. 164 da Constituição, entende-se que o direito à saúde enquadra-se no grupo dos direitos fundamentais prestados, ou seja, exige uma postura ativa por parte dos poderes públicos no sentido de concretizá-lo.

Sposati e Lobo (1992) em seu artigo sobre controle social e políticas de saúde nos chama a atenção ao afirmar que o direito à saúde é mais do que direito ao consumo de saúde. E afirma:

Portanto, direito à saúde é mais do que democratização do consumo da assistência médica, embora esta lhe seja fundamental. Saúde é mais do que "a cesta de serviços", mesmo que públicos, ainda que estes sejam básicos à vida da população (p.366).

No campo das políticas públicas, o setor de saúde tem se destacado muito pelas propostas de mudanças e por algumas conquistas alcançadas ao longo da história; pode-se dizer que o Movimento Sanitário teve parcela significativa nessas mudanças, tema que destacaremos a seguir.

1.2.2 O Movimento Sanitário

O Movimento Sanitário nasce como oposição ao complexo médico-industrial e tem origem nos primeiros anos da ditadura militar. Surgiu como um modelo contra-hegemônico de saúde, lutando pelo fim da ditadura militar, pela participação popular através de uma gestão democrática participativa e por um sistema de saúde para todos.

No início da década de 1970, a crise do sistema vigente, o cenário nacional, a

abertura democrática e as lutas políticas, deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária, envolvendo diferentes grupos como técnicos do setor de saúde, médicos, secretários de saúde, militantes do partido de esquerda.

Segundo Almeida, Chioro e Zione (1995), a luta do Movimento Sanitário reuniu intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações, associações e objetivava a transformação do sistema e das condições de saúde da população brasileira, lutando pela saúde como valor universal baseado na equidade, o que necessitaria de uma formulação do sistema, visando um sistema de saúde mais democrático, menos subordinado aos interesses empresariais e com melhores condições de atendimento a população.

O Movimento Sanitário remonta a década de 1960⁸, especialmente na 3ª Conferência Nacional de Saúde, mas seu início é identificado no ano de 1976 a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde – CEBES – e com a publicação da Revista Saúde em Debate onde há uma continuidade e consciência progressiva do Movimento.

De acordo com Sonia Fleury, a Reforma Sanitária deve ser compreendida como:

[...] um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde na criação de um sistema único sob a égide do Estado (FLEURY, 1997, p. 28).

Mendes (1995, p. 42)⁹ diz que:

A Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo modernizador e democrático de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia, equidade e que se construa permanentemente através do

⁸ A década de 60 foi caracterizada como a década das grandes reformas brasileiras: a reforma da previdência; a reforma da saúde, 3ª Conferência Nacional de Saúde; a reforma da educação, Lei de Diretrizes e Bases da Educação; a luta pela reforma agrária. (Carvalho, 2002, p.45).

⁹ Apud Moretto, (1999, p. 20).

incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre sistema.

Esse movimento permitiu a discussão do que deveria ser saúde no Brasil, chegando a um consenso de que saúde deveria ser um direito de todos e dever do Estado. O que unificava o Movimento Sanitário era a crítica ao modelo de Saúde vigente caracterizado por ser privatista, excludente (só tinha acesso os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes), curativista (dava mais ênfase ao tratamento de doenças do que à prevenção), hospitalocêntrico (centrado no atendimento em hospitais e com alta tecnologia) e biologicista (entendimento de que a doença é causada só por questões biológicas, esquecendo-se de seus determinantes psico-sociais).

De acordo com Mendes (1994), no modelo médico assistencial privatista, a ênfase recaía no:

Privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública... Além de estar orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da Medicina privilegiando do produtor privado desses serviços (p.2).

Teórica e politicamente a Reforma Sanitária brasileira se inspirou na experiência de formulação e implementação de políticas de saúde em curso na Itália.

Segundo Oliveira (1986, p. 19), o processo de Reforma Sanitária na Itália correspondeu a “um movimento de fora para dentro em relação ao aparelho do Estado (...), de baixo para cima (...), uma aglutinação progressiva de diferentes movimentos sociais”. No Brasil, se desenvolveu como:

Um movimento de dentro para fora (...) surgiu principalmente a partir de um conjunto de técnicos que tem em comum um passado de preocupações progressistas, vêem a si mesmos como componentes de um autoproclamado e informal ‘partido sanitário’, e ocupam hoje, com frequência, postos e posições significativos no interior do aparelho do Estado na área (Oliveira, 1989, p.19).

No Brasil, a Reforma Sanitária ganha força em 1985, no governo do então Presidente José Sarney, quando profissionais envolvidos no processo de movimento foram

chamados a ocupar cargos no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e no Ministério da Saúde. Esta reforma tinha como principais ideais a democratização do acesso, a universalização das ações de saúde e a descentralização dos serviços, visando ampliar a participação e o controle social por parte da sociedade civil (BRAVO e MATTOS, 2006a) e baseava-se na premissa de que saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Sonia Fleury (1997), ao realizar um balanço da literatura corrente da época sobre o movimento sanitário pela reforma da saúde, concluiu que esta pode ser apreendida em três perspectivas:

Poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório final da VIII CNS¹⁰.

É também um projeto, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas mais amplas. É ainda um processo porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas, mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História (FLEURY, 1997, p.20).

Inserida no contexto da Reforma Sanitária, sucedeu-se a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília, já na chamada Nova República. Esta, com ampla participação da sociedade civil, discutiu a situação da saúde no País e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Conforme preconiza o relatório da VIII CNS, as seguintes questões podem ser consideradas centrais à Reforma Sanitária e definidoras de novos rumos da política pública de Saúde no Brasil:

- o conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes, como: trabalho, renda, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros;
- o direito universal e igualitário à saúde;
- o dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a natureza pública das ações e serviços de saúde;
- a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema único de Saúde gratuito, descentralizado para os Estados e Municípios, sob controle social;

¹⁰ Conferência Nacional de Saúde.

- subordinação do setor privado às normas do Sistema Único e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva;
-desvinculação do Sistema Previdenciário Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias, estabelecimento de pisos de gastos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, ou seja, em 1987, ocorreu à convocação da Assembléia Nacional Constituinte, o Movimento Sanitário se aliou com a frente parlamentar ligada à saúde, conseguindo assim, a aprovação do texto constitucional onde:

A promulgação da constituição de outubro de 1988 representou, pelo menos no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processavam e exigiam respostas públicas à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social (RAICHELIS, 1998, p. 19-20.)¹¹

A Constituição Federal de 1988 consagrou-se em especial no campo dos direitos trabalhistas¹²e na introdução da Seguridade Social¹³, esta significando uma das maiores conquistas no âmbito dos direitos.

A Constituição Federal também afirma ser a “saúde um direito de todos e dever do estado”, prevê a participação dos movimentos sociais na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução, bem como descentraliza os serviços através da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Na reflexão de NOGUEIRA (2002, p. 148), a Constituição Federal de 1988, trouxe um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos

¹¹ Apud MARTINS (2004, p. 27).

¹² Não cabe aqui enumerar o conjunto de direitos sociais que tiveram acolhimento na Carta Constitucional, mas vale a pena destacar a redução da jornada de trabalho para 44 horas, garantia de emprego e proteção dispensa arbitrária, ampliação de 50% no valor da remuneração das horas extras, férias remuneradas acrescidas de 1/3 sobre o salário, ampliação para 120 dias do período de licença à gestante, licença paternidade de 5 dias, 13 salário para aposentados e vinculação da aposentadoria ao salário mínimo, paridade de direitos para os trabalhadores rurais, direito de greve, liberdade e autonomia sindicais (Raichelis, 1998, p. 20-21).

¹³ [...] a assistência social ganha, de modo inédito, o status formal de política pública de afirmação de direitos de cidadania adquirindo um estatuto de maioria jurídica no campo das políticas pública de proteção social (Raichelis, 1998, p. 20).

éticos-políticos fundamentais. Dentre os quais universalizou-se o direito à saúde, direcionando para a garantia do pleno acesso aos serviços de saúde sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação; e democratizou os serviços de saúde, ampliando a participação popular e possibilitando o controle social.

A criação do Sistema Único de Saúde também é firmada na Constituição de 1988. Este texto constitucional apresentou diversos avanços em relação à saúde, tema que será discorrido no item seguinte.

1.2.3 O Sistema Único de Saúde - SUS

A constituição do SUS, no final dos anos 80 se caracteriza, enquanto sistema unificado, universal, equânime e hierarquizado de saúde resultante das lutas dos movimentos sociais por saúde que aconteceram no Brasil nas décadas de setenta e oitenta (como contextualizado anteriormente) e, institucionalizado pela Carta Magna (1988) e pelas Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142, de 1990).

Segundo Dallari, a Lei Orgânica da Saúde – LOS – é,

[...] conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente à proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Isto significa que [...] são leis nacionais que têm o caráter de norma geral. Portanto, a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem – em seus respectivos territórios – o direito à saúde para os povos (DALLARI, 1995, p. 86).

A implantação e a formulação do Sistema Único de Saúde teve como objetivo alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, conforme art. 196 da atual Constituição Federal.

“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 a sua promoção e recuperação” (BRASIL, 2004a, p. 141).

O Sistema Único de Saúde rompeu com o sistema anterior que discriminava previdenciários e não-previdenciários, trabalhadores urbanos e rurais, tanto no que se refere ao acesso aos serviços, quanto ao nível de atenção à saúde que recebiam.

Este sistema segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal, está baseado nos princípios de universalização, integralidade e equidade, constituindo-se numa proposta de mudança das práticas políticas setoriais, além da própria percepção de saúde, que passou a ser entendida como um direito de cidadão e dever do Estado. Fundamentada nos preceitos da Constituição de 88, a construção do SUS norteia-se pelos princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são:

Universalidade: acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Equidade: igualdade na assistência a saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e de saúde de determinados indivíduos ou grupos de população.

Integralidade de assistência: entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Quanto à organização, o SUS define os princípios que devem ser cumpridos pelos gestores:

Regionalização e Hierarquização: refere-se à distribuição dos serviços, de modo a atender às necessidades da população, por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Isso exige ações articuladas entre Estado e Municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios;

Resolubilidade: é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento de saúde ou quando surge um problema de impacto coletivo, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-

lo e resolvê-lo até o nível de sua competência;

Descentralização: a gestão do SUS passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios. Compreende a redistribuição de recursos e responsabilidades entre as três esferas do governo, sendo que a União só deverá executar aquilo que os níveis locais e Estaduais, não podem ou não conseguem atender;

Participação do cidadão: é a garantia constitucional que a população por meio de suas entidades representativas, poderá participar de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os três níveis do governo, desde o federal até o local. Esta participação tem nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governos, profissionais de saúde e representantes de serviços, com poder deliberativo;

Complementaridade do Setor Privado: a Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, este pode ser realizado.

Segundo Elias (1996, p. 66) o SUS deve obedecer às diretrizes da: descentralização, com fixação das direções pelas esferas do governo (federal, estadual e municipal); atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais; participação da comunidade, difundida como controle social.

O Sistema Único de Saúde é destinado a todos os cidadãos, com acesso universal e igualitário, sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população. Duas são as formas que chamam a atenção quanto ao financiamento do SUS, são elas:

1. Através da contribuição compulsória a ser administrado e regulado pelo Estado, como exemplo, as contribuições devidas pelos empregadores e empregados ao INSS.
2. Através de recursos fiscais resultantes das atividades arrecadatórias, ou seja, os impostos, tributos, contribuições e outras taxações realizadas pelo estado, e ainda através da contribuição sobre movimentação financeira CPMF. (ELIAS 1996, p. 94).

Fazem parte do SUS, os centros de saúde, hospitais, incluindo os universitários,

laboratórios, fundações e institutos de pesquisa. Por meio deste Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam elas públicas¹⁴ ou privadas contratadas pelo gestor público de saúde. Portanto o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem em comum.

A participação do setor privado no SUS se dá de forma complementar, quando as unidades públicas de assistência à saúde são ineficientes para garantir o atendimento à população de uma determinada região. O setor privado presta serviços de saúde por meio de contratos e convênios de prestação de serviços.

Mendes (1996) ao analisar a construção processual do SUS, apontou que este não nasceu de uma proposta utópica vinda de algum gabinete, mas como fruto de discussões e embates políticos que se desenrolaram durante anos e que, em determinado momento, no Congresso Nacional foi institucionalizado. Nesse sentido, entender o SUS como um processo sócio-histórico, significa considerá-lo inacabado, como uma instituição em constante transformação e que transcende em muito a si mesma: (...) uma vez que demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho do Estado brasileiro, porque explicita os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado. (MENDES, 1996, p. 66).

Em virtude disso o SUS pode ser considerado como um espaço privilegiado de construção de cidadania, que busca o fim das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende como um dos itens de seus princípios organizativos, a participação e o controle social, através de entidades como os conselhos de saúde (locais, municipais, estaduais e federal).

Na crise do governo, em 1992, época caracterizada de intensa participação da sociedade em denúncias e críticas, em demandas de mudanças e avanços, principalmente à área da saúde, o Movimento Sanitário reivindicou e pressionou pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde já atrasada em dois anos (esta deveria ter acontecido em 1990, ou seja, quatro

¹⁴ Esfera municipal, estadual e federal.

anos após a VIII CNS), esta veio a ser realizada no período de 9 a 14 de agosto de 1992 tendo como tema central “Saúde: a Municipalização é o Caminho”, explicando a dimensão e o poder de articulação acumulado pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde.

Esta Conferência reforçou as propostas apresentadas pela VIII Conferência, *bem como proporcionou um movimento de mobilização na sociedade brasileira, alavancada pelo setor saúde (Silva, 2000, p.40-1); tendo em vista que contou com a realização maciça das conferências municipais e unanimemente das estaduais, como etapa preparatória para a Nacional.*

A IX Conferência Nacional de Saúde ocorreu praticamente às vésperas da votação do “impeachment” do presidente da república Fernando Collor de Mello, representando um importante ato político, de apoio ao movimento político pela substituição do governo, seja na luta contra o retrocesso, com reafirmação e reforço da defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária e pela implementação do SUS.

Logo após a realização desta Conferência, o governo foi destituído e a esperança de um novo momento com avanço democrático se iniciava inclusive na área da saúde. A gestão de saúde é assumida por um grupo técnico-político do Movimento Sanitário, que define e assume a decisão política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, que se expressa na chamada Norma Operacional Básica SUS 01/93, de maio de 1993.

Para efetivar a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde para as secretarias estaduais e municipais e para reestruturar o SUS, após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, o Ministério da Saúde editou Normas Operacionais Básicas – NOB’s, o que se configurou numa espécie de manual.

A NOB-SUS/93, que teve como objetivo fundamental *disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS* (Brasil, 1996); para tal, a NOB/93 apontou uma série de critérios a serem seguidos pelos gestores municipais. Um destes foi à existência de conselhos de saúde, o que obrigou os secretários municipais e prefeitos interessados em gerir os serviços de saúde de suas municipalidades a incentivarem a criação de Conselhos Municipais de Saúde. Em muitos casos, todavia, essa

obrigação fez com que fossem criados conselhos por decretos do executivo municipal, sem qualquer preocupação com o critério de paridade de sua composição. (Silva, 2000).

A NOB/SUS/93, como estratégia, foi o referencial do processo de implantação do SUS, tendo procurado sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidade para os Estados e Municípios e por relação do próprio Governo Federal.

Na Constituição Federal ficou esclarecido que o Sistema Único de Saúde – SUS deve controlar e fiscalizar a saúde, executar ações de vigilância, exigir melhor formação de trabalhadores, participar, formular e executar ações de saneamento básico, fiscalizar alimentos e proteger o meio ambiente.

Com a Constituição institucionalizada amplia-se o conceito de saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado através dos artigos 196 e 197”, para tanto foi estabelecido à criação do Sistema Único de Saúde através das Leis Orgânicas da Saúde/ SUS 8080/90¹⁵, que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento do SUS, e 8.042/90 que trata da participação da comunidade e das formas de financiamento das ações e serviços de saúde.

A Lei 8.080/90 em seu artigo, 2º, inciso 1º a LOS (Lei Orgânica da Saúde) estabelece que: “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução 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”.

Segundo o art. 4º desta mesma lei, o Sistema Único de Saúde “é um 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”, e complementarmente” [...] pela iniciativa privada”.

Em 1996, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica – NOB/SUS/96, para dar continuidade ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Estabelece

¹⁵ A lei n. 8.080, em seus artigos 15 e 19, deu substância ao formato descentralizado do Sistema de Saúde que a Constituição apenas enunciara. Ela definiu as funções comuns e as específicas a cada esfera de governo e reforçou a ênfase no caráter de execução dos municípios e planejamento por parte dos Estados. Faz-se importante enfatizar que a Lei n.8.080 significou um marco dentro do processo de descentralização do estado brasileiro, especialmente por seu enfoque em estruturas regionais de gestão, organizadas de forma hierarquizada.

novos modelos de gestão para estados e municípios, considerando os estágios alcançados pelos municípios na construção de uma gestão plena.

Para o SUS, os anos de 1993 e de 1994, foram caracterizados por apresentar grandes dificuldades, em virtude da falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, assim:

A partir de 1998, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento foram:

- a) Busca de mais recursos;
- b) Fontes estáveis de financiamento para a saúde;
- c) Distribuição mais equitativa dos recursos entre os Estados da Federação. (BRASIL, Ministério da Saúde. Financiamento da Assistência. Estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento. Disponível em: ><http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/5%20financiamento.htm>>. Acesso em: 16 de nov.2007.

Gestão está conceituada pela NOB/SUS/96 como: atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Segundo esta Norma Operacional Básica, os Estados podem estar em gestão avançada ou plena do sistema de saúde, e os municípios em gestão plena de atenção básica. Para o Ministério da Saúde estabeleceu quatro papéis básicos: a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais de modo a conformar o SUS Estadual; c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; e d) exercer funções de normalização e coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

A NOB/SUS/96 busca a plena responsabilidade do poder público municipal, estadual e federal para a proteção e recuperação de saúde, pois a NOB-96 além de promover integração de ações entre as três esferas do governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para o Estado e principalmente para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrada na esfera federal. Essas novas formas de gestão possibilitam aos municípios e aos estados, de acordo com o nível de gestão, receber os recursos financeiros diretamente do Fundo nacional de Saúde para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, dependendo da esfera do governo. As formas de gestão estão assim representadas:

Nos municípios: Gestão Plena do Sistema Municipal – o município é o responsável por toda a assistência de saúde prestada aos seus munícipes, desde as ações básicas de saúde (ações efetivadas nos postos de saúde municipais e através dos programas especiais como, por exemplo: programa da saúde da família, agente comunitário de saúde) até os de maior complexidade (hospitalar, clínicas de terapia e diagnóstico). Na maioria das vezes estes serviços são prestados pela rede complementar, formada por estabelecimentos de natureza privada. Pode-se dizer que a rede privada compõe a retaguarda do sistema, por fornecer serviços que implicam em investimentos mais especializados e de alto custo, tais como recursos diagnósticos, terapêuticos, ambulatoriais, hospitalares, e de urgências e emergências. Os recursos financeiros deste tipo de gestão são repassados ao fundo municipal de saúde, para o fundo nacional de saúde, sem ocorrer à intermediação do estado¹⁶.

Em relação à Gestão Plena de Atenção básica: o município é responsável por todas as ações básicas de saúde do município. A assistência de maior complexidade fica a cargo do gestor estadual. Nesse tipo de gestão, o município recebe os recursos financeiros, referentes à assistência básica, diretamente do Ministério da Saúde – fundo nacional de saúde. O restante da assistência é subordinado à gestão estadual.

Com o objetivo de implementar a regionalização da assistência, prevista na Constituição, o Ministério editou, a Norma Operacional da Assistência – NOAS/01/2001, através da Portaria Ministerial n. 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as responsabilidades na

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Site do Sistema de dados do SUS. Disponível em: >www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organizacoes_sociais_e_o_sus/htm>. Acesso em 15 de Nov. 2007.

atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios. A NOAS é base para o modelo de atenção à saúde principalmente na relação entre o profissional e o paciente, centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, em especial com os seus núcleos sociais primários, as famílias.

No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá 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 às seguintes responsabilidades mínimas: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção de saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento das afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns; suprimento/dispensação dos medicamentos da Família Básica. (BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Disponível em: > www.acssjr.hpg.ig.com.br/noas-2001.htm>. Acesso em 18 de Nov. de 2007).

Pode-se dizer que um dos grandes avanços do SUS foi à mudança do conceito de saúde adotado na VIII CNS e incorporada à Lei 8.080, onde esta passa a ser compreendida não somente como ausência de doença, mas atrelada a um conjunto de fatores como moradia, alimentação, emprego, lazer, educação, ou seja, como um retrato das condições materiais e sociais de vida da população.

Contudo, apesar de todas as modificações ocorridas no transcorrer histórico dos sistemas de saúde é necessário reconhecer que, ainda hoje, não concretizamos o projeto político do SUS, sendo necessário que seus profissionais permaneçam em constantes buscas e avaliações, aprimorando o sistema e tentando melhorar as condições de vida da população.

1.2.4 Profissionais da Saúde: inserção do Serviço Social

A inserção do Serviço Social na área da saúde ocorreu de forma significativa, desde a segunda metade da década de 1940. No Brasil a política de saúde é o setor que, historicamente, mais tem absorvido profissionais de Serviço Social. Iniciou suas atividades na área da saúde do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, sob a denominação de Serviço Social Médico criado pelo Decreto - lei 13.192. O Assistente Social realizava atividades de estudos sociais relacionados às condições sócio-econômicas dos pacientes, preparação para a alta hospitalar, organização de campanhas, entre outras atividades (BELINE e ALBUQUERQUE apud NOGUEIRA, 2002).

A partir de 1945, outras instituições incorporam o profissional de Serviço Social no seu quadro de funcionários para atuar em programas educativos e de orientação sobre cuidados de higiene e puericultura, como por exemplo, os Departamentos de Saúde dos estados e a área médica da Previdência Social (NOGUEIRA, 2005 apud MARTINS 2006, p. 45). Nas décadas de 1940 e 1950 a ação profissional do assistente social se expandiu para outros espaços, como a Legião Brasileira de Assistência – LBA, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI e o Serviço Social do Comércio – SESI.

Um outro fator a ser considerado, na expansão da ação profissional do assistente social no interior da saúde, foi o reconhecimento dos aspectos biopsicossociais do conceito de saúde introduzido pela OMS em 1948. As inovações trazidas por esse conceito ampliaram as práticas na área da saúde, destacando-se a intervenção multidisciplinar que permitia suprir a falta de profissionais e ampliar as abordagens em saúde por meio de ações preventivas e educativas, entre outras proposições (BRAVO, 2004).

A inserção do Serviço Social na área da saúde segundo Martini (2006, p. 45), tinha como principal função mediar à relação entre instituição e população, promovendo o acesso aos direitos e protagonizando ações que articulam a política de saúde e as outras políticas e serviços que constituíram a seguridade social brasileira na época.

Na primeira metade dos anos 1960, o Serviço Social foi redimensionado, passando por um processo de reconceituação, caracterizado pela crítica e autocrítica da profissão, com intensos questionamentos acerca do pensamento conservador presente na profissão, a categoria viu-se dividida em três direções distintas na busca por seu reordenamento: modernização conservadora, reatualização do conservadorismo e projeto de intenção de ruptura

(NETTO, 1999).

Entre as décadas de 1960 e 1970, os assistentes sociais foram requisitados a atuar no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Segundo Nogueira estes profissionais passaram a organizar a “demanda para consultas médicas a coleta de informações de ordem social para subsidiar o diagnóstico médico, a mobilização comunitária para a reintegração dos pacientes junto à família, ao trabalho e à comunidade, a atuação nos centros de reabilitação e ação educativa-preventiva em pequenos grupos” (NOGUEIRA, 2002, p. 2).

O trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no INPS tinha por objetivo fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais.

No final da década de 1970, as ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde foi um dos assuntos de debate no 1º Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde, realizado em 1978. Apesar das discussões quanto às ações desenvolvidas pelo Serviço Social na saúde serem questionadas no Congresso, a prática profissional continuou “rotineira, burocratizada, empirista, com ênfase na racionalidade e seletividade” (BRAVO, 1996 apud SIMON, 2006, p. 35).

Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, reconhece à saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, e o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Outro fato que contribuiu para a ampliação da inserção do assistente social no campo da saúde ocorreu na década de 1990, com a regulamentação das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90. Estas leis trouxeram inovações na área da saúde que acabaram influenciando o novo modelo de assistência à saúde¹⁷. Nos anos seguintes à promulgação da LOS, normas e resoluções foram criadas, voltadas para a melhoria do sistema em vigor – SUS.

A partir de 1988 essa concepção de saúde assume, no nível legal, a condição básica de cidadania onde é expressão de direito de todos os indivíduos e dever do Estado garanti-la. Nessa perspectiva o Serviço Social do HU entende a saúde como resultante e condicionante de um conjunto de fatores em que vivem as pessoas, sendo assim resultado de um processo

¹⁷ Este novo modelo de assistência à saúde caracteriza-se por estar voltado para a promoção e para a superação de modelos centrados na doença e ações curativas (CORREIA, 2005).

coletivo. Diante disso, as ações de saúde devem ocorrer interdisciplinarmente a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação de seus interesses e na prestação de serviços.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde advindo do Movimento da Reforma Sanitária, os espaços de trabalho para o Serviço Social ampliaram-se, principalmente porque as

Mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho de saúde, determinadas pela hierarquização, descentralização e democratização do sistema imprimiram novas características ao modelo de gestão e aos processos de trabalho (COSTA, 2000, p. 41).

A atuação do Serviço Social, como vimos se dá desde a década de 1940, mas foi somente em 1997, que o Conselho Nacional de Saúde através da resolução n. 218/1997, reconheceu o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior - junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O Conselho Federal de Serviço Social - CEFESS, através da resolução 338/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993¹⁸.

O CNS reconheceu o assistente social como profissional da saúde por intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

Em relação à atuação do profissional de Serviço Social no campo da saúde Pacheco¹⁹ declara que:

Os assistentes sociais se inserem assim no processo de trabalho em saúde,

¹⁸ Aprovado em 15 de março de 1993.

¹⁹ Valdirene Pacheco Assistente Social - CRESS 6ª região n. 6204. Mestre em Serviço Social Docente no Curso de Serviço Social da UNIPAC/Vale do Aço.

como agente de interação entre os níveis do SUS com demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. O assistente social desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença. (Disponível em: <http://educacaofisica.org>. Acesso em 10 de dezembro de 2007).

1.2.5 Serviço Social na Instituição HU

No HU o Serviço Social faz parte da equipe de saúde desde a sua fundação, em 1980, procurando oferecer um atendimento capaz de contribuir para as reais necessidades da sociedade, visando compreender o sujeito na sua totalidade, uma vez que a questão da saúde não pode ser entendida de forma fragmentada. Suas funções principais são a prestação de serviços assistenciais concretos e a escuta qualificada no sentido de decodificar anseios e angústias da população atendida. Por outro lado, serve de ponte entre o usuário e a instituição, mediando à cultura dominante, a do saber médico, e a cultura popular, do senso comum, vivenciada pelo usuário.

Conforme consta no Caderno de Texto nº 07, CRESS, 2005²⁰ são objetivos principais do Serviço Social no HU:

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU;
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem integral ao usuário;
- Favorecer aos pacientes condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- Favorecer ações educativas de saúde à comunidade

²⁰ Por não constar referência bibliográfica no documento utilizado, citamos o CRESS, enquanto autor por se o responsável pela edição do trabalho “Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina” produzido pelas Assistentes Sociais do HU, juntamente com as professoras do Dpto de Serviço Social da UFSC.

universitária e à população atendida.

A formação do profissional de Serviço Social não é específica na área da saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem com competência nas diferentes dimensões da questão social, e, como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as de saúde.

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidade das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de Saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria - fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira."

Atualmente o Serviço Social do HU conta com dez (10) profissionais que buscam atender os seguintes programas:

- Programa de Internação: Clínica Cirúrgica I e II; Clínica Médica I, II e III; Pediatria; Ginecologia; Maternidade e UTI;
- Programa de atuação junto a patologias específica Projeto de Atuação junto aos pacientes diabéticos; Projeto de Atuação junto Pacientes com Insuficiência Renal Crônica (setor onde realizo Estágio Obrigatório); Projeto de Atuação junto a Familiares e Pacientes portadores da Doença de Alzheimer; Projeto de Atuação junto a Familiares e Pacientes portadores da doença de Parkinson; Projeto de Atuação junto a Familiares e Pacientes portadores de Obesidade Mórbida e Projeto de Acolhimento a Pacientes com alterações no exame de Mamografia;
- Programas de Ações Especiais do Serviço Social: Projeto de Atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriática - NIPEG; Projeto de Atuação junto ao Planejamento Familiar;
- Projeto de Plantão junto ao Ambulatório; Projeto de Atuação junto

a Associação Amigos do HU – AAHU; Projeto de atuação junto ao Serviço de Hemoterapia; Projeto de Atuação Junto à Emergência; Comissão de Atendimento à Criança vítima de Maus Tratos; Projeto de Atuação junto ao Núcleo desenvolver; Projeto de Atuação junto a Adolescentes em Prestação de Serviço Comunitário e Projeto de Promoção da Saúde através do Aleitamento Materno.

As ações desenvolvidas pelo Serviço Social através destes projetos visam o bem estar dos pacientes e seus familiares, através do esclarecimento de seus direitos, bem como informações sobre os meios de alcançá-los.

A ação profissional do Assistente Social no HU é pautada e tem sua base legal na seguinte legislação:

- Lei nº. 8.662 de 07/06/1993 - Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social;
- Código de Ética da Profissão, de 15/03/1993;
- Resolução CNS nº. 218 de 6/3/1997
- Constituição Federal de 1988;
- Lei 8080/1990 e 8142/1990 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social;
- Resolução CNAS nº. 145/2004 – Política Nacional de Assistência Social;
- Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso;
- Decreto nº. 914/1993 – Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;
- Lei 9.263/1996 – Planejamento Familiar;
- Lei Estadual 13.324/2005 - Direitos do Paciente do Estado de Santa Catarina;

- Lei 3.048/1999 – Regulamento da Previdência Social;
- Entre outras.

A importância do profissional de Serviço Social é verificada na solicitação dos pacientes e também pela equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, etc) que constantemente buscam a intermediação do assistente social para o atendimento do paciente. “As ações desenvolvidas pelo Serviço Social, são necessárias para o atendimento dos usuários no que diz respeito às necessidades sociais e leva também ao restabelecimento de sua saúde, já que saúde é conjunto das condições em que vive o cidadão” (BURLIM, 2006, p.65).

No HU o Serviço Social segue as seguintes diretrizes políticas: assistência, ensino, pesquisa e extensão da instituição, e, busca conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas atendidas no HU, no intuito de refletir com as mesmas sua situação de saúde relacionada com as condições de vida, para transformação do seu cotidiano.

De acordo com Miotto (2006, apud LIMA, 2006, p 47) as ações profissionais podem ser estruturadas em torno de três eixos interventivos. No HU estes eixos interventivos citados por Miotto estão sendo pensados e sistematizados pelos profissionais do serviço social. Esses processos consistem nos:

1) **Processos Político-Organizativos:** correspondem ao conjunto de ações profissionais, dentre as quais se destacam as de mobilização e assessoria, visando a participação política e a organização da sociedade civil na perspectiva da garantia e da ampliação dos Direitos na esfera pública e no exercício do controle social.

2) **Processos de Planejamento e Gestão:** correspondem ao conjunto de ações profissionais, desenvolvidas enquanto ocupante de cargos gerenciais e administrativos no âmbito das políticas sociais, das instituições e demais empresas públicas ou privadas, bem como no planejamento e gestão do Serviço social no âmbito de instituições, programas e empresas, e dos seus processos interventivos.

3) **Processos Sócio-assistenciais:** correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da intervenção direta com os usuários, em contextos

institucionais a partir de demandas singulares. Tem como lógica atender usuário como sujeito para responder demandas/necessidades particulares, em especial, famílias e segmentos sociais vulneráveis, com objetivo de responder demandas apresentadas na perspectiva da cidadania. Incluem ações de diferentes naturezas, mas em constante interação. São elas: ações sócio-educativas²¹; ações sócio emergenciais²²; ações sócio terapêuticas²³ e ações periciais²⁴.

Para melhor efetivar essas ações são utilizados instrumentos técnico-operativos como entrevistas, reuniões, visitas e contatos.

A entrevista é o momento em que o acolhimento do Assistente Social se efetiva junto ao paciente recém internado na Clínica; ela se constitui em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informações, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos. (CRESS, 2005, p.22)

A avaliação do Serviço Social é feita através de um encontro semestral entre as assistentes sociais para troca de informações sobre os projetos referentes ao HU e encontro anual através de reuniões e relatórios com dados qualitativos e quantitativos.

²¹“Consistem em um movimento de reflexão entre os profissionais e usuários que através da informação e diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário”.

²² Têm por objetivo “atender às demandas que se revestem por um caráter de emergência que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias”.

²³ Têm por objetivo “o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal de vidas pelos usuários e/ou familiares, particularmente em momentos críticos (morte, recebimento de diagnóstico, acidentes)”.

²⁴ Têm por objetivo elaborar parecer social ou parecer técnico com a finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para a concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de referência e contra-referência (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 13 apud Caderno de Texto n 7 CRESS 12ª. Região, 2007).

SEÇÃO 2

2. CONCEPÇÃO DE SAÚDE QUE ORIENTA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA – HU/UFSC

Nesta seção são abordadas as diferentes concepções de saúde presentes na literatura consideradas mais importantes para analisar os dados da pesquisa. No primeiro momento se faz a contextualização histórica do conceito e das práticas de saúde, iniciando-se desde os primórdios, passando pela idade média até chegar aos dias atuais. Em seguida abordo a metodologia utilizada para a realização da pesquisa. Por fim estará a apresentação da pesquisa e a análise dos resultados seguidos das reflexões finais.

2. 1 O Histórico do Conceito e das Práticas de Saúde

Como vimos no capítulo anterior, a política da saúde passou por um longo processo, conflituoso e contraditório, até chegar ao SUS. Todas estas trajetórias de lutas trouxeram no seu interior distintas concepções do que seja saúde. Hoje a literatura entende saúde emaranhada às condições de vida do cidadão. Vamos, pois, refletir como este conceito chegou aos dias atuais.

O conceito de saúde, ao longo da história, sofreu modificações juntamente com todos os aspectos culturais, sociais e econômicos que compõem uma sociedade. Desde a antigüidade clássica até os dias atuais, estas transformações, visam melhor caracterizar a saúde no intuito de conseguir uma melhor qualidade de vida para os indivíduos.

Para Canguilhem (2002), saúde é a “vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica” (CANGUILHEM, 2002, p. 76).

Coelho e Almeida Filho (2003), ao comentar a afirmação de Canguilhem, explicam que “a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico” (COELHO e ALMEIDA FILHO 2003 p. 102).

Conceituar saúde não é tarefa fácil, uma vez que a percepção de saúde sofre variações entre as diferentes culturas. Isso se dá pelo fato de todos os indivíduos serem membros de uma sociedade num certo momento histórico, sendo influenciados por valores da sociedade em que estão inseridos para formação de seus conceitos (Boruchovitch, 1991, p. 418-425).

Neste sentido, Patrício (1999), comenta:

Concebemos saúde, ou qualquer outro fenômeno ou objeto, pelos nossos referenciais, ou seja: pelas nossas crenças, valores, conhecimentos, práticas e pelos sentimentos em relação ao que já vivenciamos em nós e que percebemos nos outros. Podemos então, considerar que “ser saudável”, ter saúde é um conceito subjetivo, particular, concebido-elaborado pelo indivíduo, ou grupo, a partir de suas representações sociais e momentos de vida. (p. 47).

Na visão de Minayo (2000, p. 37) “percebe-se que saúde-doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com os critérios e modalidades que ela fixa”.

Para um melhor entendimento do assunto, realizaremos um resgate histórico mostrando como estas eram desenvolvidas e compreendidas, desde os tempos primórdios até os dias atuais.

2.1.2. Interpretações mágico-religiosas nos primórdios

Para os homens primitivos, todo o acontecimento relacionado à doença era explicado a partir de um pensamento mágico, religioso e sobrenatural. A morte era compreendida como sendo a vontade dos deuses. As doenças decorriam de fatores externos ao corpo do homem, podendo ser elementos de natureza ou espíritos sobrenaturais, além de serem consideradas sinal de desobediência ao mandamento divino.

Segundo Scliar (2002, p. 30) “a doença era vista como purificação, como forma de atingir a graça divina que incluía sempre que merecida, a cura; as epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo”.

Portanto, as primeiras concepções de saúde e doença, relacionavam-se as representações mágicas ligadas às práticas sociais cotidianas. A doença era vista como resultado de forças sobrenaturais, sendo o homem impotente diante das mesmas. Os doentes eram

freqüentemente abandonados, mutilados, mortos ou abandonados (Teixeira, 1999).

Ao lado das concepções mágico-religiosas, pouco a pouco se foi desenvolvendo outras explicações relacionadas à saúde e a doença. O apogeu da civilização grega representou o rompimento da superstição e das práticas mágicas, ocorrendo o surgimento das explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. A medicina grega cultuava a divindade de Asclepius²⁵. As práticas iam além da ritualística, envolviam o uso de ervas medicinais e de métodos naturais. (SCLIAR, 2002).

A concepção de saúde estava vinculada ao ambiente em que o sujeito estava inserido, na medida em que, a saúde, física e psíquica, da pessoa humana, não poderia se desatrelar do universo de características relacionadas ao trabalho, à moradia, à alimentação.

Sueli Gandolfi Dallari comenta que:

No auge da democracia, Hipócrates mencionou a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirmou que o médico não erraria ao tratar as doenças de determinada localidade quando tivesse compreendido adequadamente tais influências.(...) E nos albores da Revolução Industrial, Engels, estudando as condições de vida dos trabalhadores, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes, seus ambientes de trabalho, são responsáveis pelo nível de saúde das populações (DALLARI, 1995, p. 17-18).

Desta forma, pode-se dizer que foi na Grécia clássica que se iniciou uma nova fase na história da compreensão de saúde. A doença não era mais vista como vontade de deuses ou fruto da magia, e sim de processos naturais que têm suas próprias leis. Acreditavam também que o corpo humano possuía seus poderes naturais de cura que não deviam ser contrariados em estado de doença. Hipócrates²⁶ considerava que a saúde era fruto do equilíbrio de fatores internos (humores) e externos (contexto social e ambiental). Ele preconizava a higiene da água, dos ares e dos lugares, base para a multicausalidade do processo saúde-doença (Sevalho, 1993).

É importante relatar que os grandes médicos gregos também eram filósofos naturais. Além de lidarem com os problemas de saúde, buscavam entender as relações entre o

²⁵Na mitologia grega, Asclépius teve duas filhas a quem ensinou a sua arte: Hygeia (de onde deriva 'higiene') e Panacea (deusa da cura).

²⁶Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). Pouco se sabe sobre sua vida; poderia ser uma figura imaginária, como tantas na Antiguidade, mas há referências à sua existência em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles. Os vários escritos que lhe são atribuídos, e que formam o Corpus Hipocraticus, provavelmente foram trabalho de várias pessoas. Tais escritos são importantes, pois traduzem uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita.

homem e a natureza. Entre estas preocupações estava à explicação da saúde e da doença como resultante de processos naturais e não sagrados, julgavam a falta de saúde originária da desarmonia entre o homem e o ambiente (ROSEN, 1994).

Foi por meio de Hipócrates e de sua obra²⁷ que se entrou em contato com a abordagem racional da medicina. Atribuindo como fatores responsáveis pela endemicidade local o clima, o solo, a água, o modo de vida e a nutrição. Essa observação empírica²⁸ da natureza acabou contribuindo, para a organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano.

Neste período eram escassos os conhecimentos médicos de anatomia e fisiologia. Para Scliar (2002, p. 25), a característica fundamental dos médicos hipocráticos²⁹ era a “observação atenta, mas não experimentação, registro lógico, mas não metodologia científica”.

Pode-se dizer que Hipócrates também desenvolveu uma teoria que entendia a saúde como homeostase, ou seja, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio. A doença resultava, assim, do relacionamento inadequado com a natureza, configurando um caráter de culpa e vergonha, conceito este que perdurou de forma subentendida por todo mundo antigo e medieval.

2.1.3. Saúde: da Idade Média à Idade Contemporânea

A Idade Média (476-1453 d.C) foi marcada por inúmeras pestes e epidemias à população, dentre elas destacam-se: lepra, peste bubônica, varíola, escabiose, antraz, malária, tuberculose, difteria, sarampo dentre outras.

A expansão e o fortalecimento da Igreja também são traços marcantes desse período. Rosen (1994) pontua:

²⁷ Em seu mais famoso livro: *Ares, Águas e Lugares*, Hipócrates chama de endêmicas as doenças em que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre os habitantes de uma comunidade, e de epidemia o surgimento repentino, explosivo, de um grande número de casos em uma população.

²⁸ Que se baseia somente na experiência, e não no estudo.

²⁹ De acordo com a medicina hipocrática, o corpo humano era formado pelos quatro elementos: ar, terra, água e fogo. Cada um deles possuía uma qualidade: *secura*, *frio*, *umidade* ou *calor* que correspondiam ao organismo humano. A partir do calor formavam-se os órgãos e os humores, sendo estes últimos o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra. O equilíbrio desses elementos era sinal de saúde, sendo o desequilíbrio sinônimo de doença (Scliar, 2002).

No ocidente durante o primeiro período medieval – a chamada “Idade das Trevas” (500-1000 a.C) – se enfrentava a doença com paganismo e religião cristã. [...]. Em consequência, as pessoas com problemas de saúde recorriam à oração e invocavam santos. Mas, sendo o corpo o vaso da alma, era necessário o fortalecer, fisicamente, para que pudesse resistir às investidas do demônio (Rosen 1994, p. 52-53).

As ciências, e especialmente a medicina, eram consideradas blasfêmias diante do evangelho. O cristianismo afirmava a existência de uma conexão entre a doença e o pecado. As doenças eram entendidas como castigo de Deus, expiação do pecado ou possessão do demônio. Com isso as práticas de curas deixaram de serem praticadas pelos médicos e passaram a ser atribuições de religiosos. A fé e a religiosidade eram importantes no processo de cura das doenças, pois eram vistas como formas de punição pelos pecados, embora ocorressem neste período grandes incidências de pestes e epidemias devido à falta de higiene e de saneamento.

Os problemas relacionados à saúde nesta época resultavam de vários fatores, dentre eles: a incapacidade das cidades em acomodar a população crescente, esta por sua vez trazia consigo hábitos da vida no campo mantinham dentro da cidade animais (porcos, gansos, patos), com isso os excrementos destes ficavam onde houvesse espaço; como as ruas não eram ‘calçadas’ recebiam restos de refugos e imundícies também representava um problema que contribuía para o agravamento dos problemas de saúde. Esses problemas acabaram de certa forma contribuindo para a recriação de modos de vida higiênicos por parte das autoridades medievais. A criação de códigos sanitários³⁰, para controle das epidemias surgiram somente no final da Idade Média. Essas medidas, devido aos hábitos culturais dos habitantes tornavam-se inócuas.

Neste mesmo período também ocorre o surgimento dos primeiros hospitais, originados na igreja, estavam destinados a acolher os pobres e doentes. Para Foucault (1982a, p. 101- 102),

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) E o

³⁰Os códigos sanitários visavam normatizar a localização de chiqueiros, matadouros, o despejo de restos, o recolhimento do lixo a pavimentação das ruas e a canalização de dejetos para poços cobertos (Rosen, 1994).

peçoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.³¹

Os hospitais medievais do ocidente também eram utilizados como abrigo para os viajantes, peregrinos, além de servirem de instrumento para separar, excluir e isolar os doentes da sociedade. Apesar de um dos fundamentos básicos da assistência nestes hospitais ser a caridade, segundo Sevalho: “*enquanto representações terapêuticas, estes hospitais são a analogia social das sangrias individuais que lhes foram contemporâneas, expulsando o mal e purificando o corpo social*” (Sevalho, 1993, p. 349-363).

No final da Idade Média a medicina leiga tornou-se a desenvolver, com o surgimento das primeiras universidades abrigadas nos mosteiros da igreja católica. Foi também no final do século XVIII, que os hospitais medievais começaram a sair das mãos de religiosos, passando para a jurisdição secular³², em especial nas cidades.

A Idade Moderna (1453-1789) representou o desaparecimento da civilização medieval com transição para o mundo moderno. Neste período o misticismo ainda não havia desaparecido e a ciência moderna não havia nascido. Outro fato marcante desta época é o surgimento da burguesia³³ e a expansão comercial.

As expansões comerciais tiveram pontos positivos e negativos, por um lado contribuíram para a descoberta de um novo mundo. Por outro trouxeram grandes problemas para a época, como novos agentes infecciosos, contra os quais não havia defesa.

No campo da saúde começaram a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e a individualização da descrição das doenças, fundadas na observação clínica e epidemiológica. Surge, portanto a medicina social que passou a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde/doença da população. Foucault (1982b) observou a existência de três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado³⁴, a

³¹ Para a discussão sobre o surgimento do hospital, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde”, no livro O Processo Histórico do Trabalho em Saúde.

³² Substituição pelo Clero, mas este fato não significou a completa substituição, pois monges e freiras continuaram a cuidar dos enfermos; a responsabilidade, no entanto passou ao município.

³³ Neste período, esta classe fundamentava-se não mais pela posse de terras, mas no comércio e manufaturas.

³⁴ Surgida na Alemanha do século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, à subordinação dos médicos à uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização medica estatal.

medicina urbana³⁵ e a medicina inglesa³⁶.

A concepção de saúde social passa a se fortalecer como interpretação das relações entre as condições de trabalho das populações e da classe trabalhadora e o aparecimento de doenças:

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (Gutierrez, 2001, p. 20).

A Revolução Industrial³⁷ acabou fortalecendo a medicina social, pois com o novo sistema industrial os indivíduos passaram a reivindicar a adoção de um conceito de saúde que englobasse todo o conjunto de atividades de uma pessoa, embora os cientistas demonstrassem que a saúde não deveria estar vinculada às condições externas, pois eliminados os agentes causadores como o germe, o vírus e a bactéria, a pessoa estaria curada.

Sueli Dallari³⁸ ressalta:

O ambiente social da Revolução Industrial propiciou o debate entre as duas grandes correntes que buscaram conceituar a saúde. De um lado, grupos marginais ao processo de produção, que viviam em condições miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doença e seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, falava a favor da conceituação da saúde como ausência de doenças.

Em muitas sociedades não industrializadas o conceito de saúde encontrava-se relacionado ao equilíbrio das relações dos homens entre si, destes com a natureza e com o mundo sobrenatural. Nas sociedades industrializadas ocidentais, as definições de saúde tendem a serem

³⁵ Surgida na França, tinha como preocupação a central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, propondo o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades.

³⁶ Era caracterizada pela assistência e controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres, visava torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas.

³⁷ Consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas com profundo impacto no processo produtivo em nível econômico e social. Iniciada na Grã-Bretanha em meados do século XVIII, expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX.

³⁸ *Apud* Sueli Gandolfi. DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**, p. 18

menos abrangentes, mas também envolvem aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Individualmente as definições têm uma ampla variação, apesar das influências dos aspectos do grupo social e cultural em que estes indivíduos estão envolvidos (Helman, 1994. p. 100-136).

Somente depois das duas grandes Guerras Mundiais, na primeira metade do século XX, é que se pôde estabelecer um conceito de saúde “universal”. Finalizada a guerra, o mundo se viu no desejo de estabelecer atividade que resgatassem a dignidade humana, visando à melhoria na qualidade de vida, que firmasse a prosperidade, a solidariedade.

Neste contexto surge a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU). Esta última incentivou a criação de órgãos especiais destinados a promover a garantia de alguns direitos considerados essenciais aos homens, fomentando a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Desde então a saúde passou a ser um dos objetos da Organização Mundial da Saúde, que considerou sua proteção com o primeiro princípio básico para a "felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos"³⁹.

Existem diversas conceituações clássicas para saúde, uma delas é a da Organização Mundial da Saúde- OMS⁴⁰, que propõe em sua Carta Magna de 07 de Abril de 1948, a seguinte definição: “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de afecção ou doença”.

O conceito de saúde da OMS⁴¹ declara que “(...) os seguintes princípios são

³⁹ Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946.

⁴⁰ A OMS, que é uma organização *intergovernamental*. Possui caráter *universal* pois dirige-se aos países de todas as regiões do mundo. É uma das dezesseis instituições especializadas ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU), sendo considerada uma das quatro organizações mais importantes da chamada “família da ONU”, ao lado da OIT, da FAO e da UNESCO. Sediada em Genebra, ela foi constituída através da Conferência Internacional da Saúde (Nova Iorque, 22 de julho de 1946). Seu tratado constitutivo entrou em vigor em 7 de abril de 1948. Esta organização realiza numerosos serviços de interesse mundial e fornece uma assistência técnica importante aos países que a solicitam, especialmente em matéria de formação. Define os seus próprios objetivos e programas de ação. Ela constituiu um centro de estatísticas e de informação relevantíssimo, responsável por uma pesquisa abundante na área médica, produzindo standards e normas internacionais em diversos domínios: farmacopéia internacional, vacinas, produtos e aditivos alimentares, etc.

básicos para a felicidade, as relações harmônicas e a segurança de todos os povos”:

- A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades.
- O gozo do grau máximo de saúde que se pode obter é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social.
- A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para obter a paz e a segurança, e dependente da mais ampla cooperação das pessoas e dos estados.
- Os resultados alcançados por cada Estado no estímulo e proteção da saúde são valiosos para todos.
- A desigualdade nos diversos países, relativa ao estímulo da saúde e controle das doenças, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo comum.
- O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver em harmonia em um mundo que muda constantemente é indispensável para este desenvolvimento.
- A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde.
- Uma opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para o melhoramento da saúde do povo.
- Os governos têm responsabilidade na saúde de seus povos, a qual só pode ser cumprida mediante a ação de medidas sanitárias e sociais adequadas (...).

É um tanto quanto complicado falar do conceito de saúde a partir da visão da Organização Mundial da Saúde. Se analisássemos o teor das afirmações contidas no conceito, chegaríamos à conclusão que: “saúde é a ausência de doença e/ ou que saúde não existe”, pois o bem estar físico, mental e social implica centenas de fatores para que o indivíduo alcance o equilíbrio, portanto, este conceito nos coloca numa situação impossibilitaste de conquistar saúde.

Nesta mesma linha de raciocínio Segre e Ferraz (1997), criticam a definição de

saúde da OMS, pois a consideram ultrapassada, primeiramente por visar uma perfeição inatingível, pois o bem estar físico, mental e social engloba fatores como ‘o perfeito bem-estar’, e este é impossível de se conceituar com perfeição, uma vez que depende de fatores relacionados à qualidade de vida dos sujeitos. E esta qualidade de vida dentro da bioética⁴² é algo caracterizado intrínseco, só podendo ser avaliada pelo próprio sujeito.

A definição de Qualidade de Vida, segundo o grupo de especialistas da OMS é “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, *apud* FLECK e col., 1999b).

Assim, se adotarmos o conceito de saúde emitido pela OMS, chegaremos à conclusão de que saúde não existe principalmente se analisarmos as condições sócio-econômicas do nosso país.

A própria OMS, quando fala em promoção à saúde, mais modernamente, acaba assumindo um conceito mais amplo, incluindo a valorização à saúde, fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

Sandra Caponi (1997) faz uma advertência ao conceito estabelecido pela OMS, pois segundo ela, a expressão de ‘completo bem-estar’, além de ser utópico é inatingível, frente a impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população, pois as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar.

Caponi (1997), fundamentada nas reflexões de Canguilhem e Foucault, contrapõe-se ao conceito enunciado pela OMS:

O que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’ (...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los (CAPONI, 1997 p. 300 -3001).

Percebe-se que o estado de completo bem-estar não existe, mas que a saúde deve ser entendida como a busca constante de tal estado.

⁴² Bioética é entendida como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais (Lepargneur, Hubert ob. cit. p. 16).

Pode-se dizer que este conceito tropeça no problema de se definir o que é bem-estar, primeiramente por fragmentar o físico, mental e social (como se estes não fossem parte de um todo) em segundo por mostra-se estático e inalcançável, uma vez que não compreende saúde num processo dinâmico.

Carvalho (2001) apresenta outra forma de conceituar saúde, para a autora saúde é um direito à cidadania:

[...] a saúde resulta de possibilidades, que abrangem as condições de vida, de modo geral e, em particular, ter acesso a trabalho, a serviços de saúde, moradia, alimentação, lazer conquistados – por direito ou por interesse – ao longo da vida. Tem saúde quem tem condições de optar na vida. A saúde esta diretamente relacionada com as escolhas que não se restringem tão somente em poder escolher este ou aquele trabalho, realizar-se pessoal e profissionalmente com ele, morar dignamente, comer, relaxar e poder proporcionar condições de vida para os mais próximos, mas também conseguir viver dignamente com valores que não predominam em uma sociedade como a brasileira – excludente individualista, competitiva. Todos esses são elementos que determinam nossa saúde que só físico, mental ou emocional. É tudo junto, ao mesmo tempo! Pensar a saúde do homem é considerá-lo como ser político – cidadão – ético – profissional (CARVALHO, 2001, p. 14).

Cidadania esta entendida como direito de participação, que objetiva o fortalecimento da sociedade civil para a construção de uma nova realidade. É ter o direito de lutar por uma melhor: educação, condição de vida, alimentação, poder de decisão, é ter direitos respeitados e garantidos pelo Estado e órgãos competentes, e acima de tudo ter vês e voz.

Já o Conselho Nacional de Pesquisa (NRC) dos Estados Unidos define saúde como:

Ter saúde não significa apenas saúde suficiente para manter a vida. Significa saúde plena, que inclui defesas do organismo suficientes para combater doenças e uma reserva de energia para suportar dificuldades extremas e permitir o amplo desenvolvimento das aptidões (Apud PISSINI, 1991, P. 78).

Pissini (1991) declara que apesar de ser melhor que a da OMS, não abrange toda a complexa realidade da “doença”, pois esta é causada por fatores políticos, econômicos e sociais.

Os fatores acima citados foram reconhecidos como necessários para se ter saúde na VIII Conferência Nacional de saúde de 1986. Nesta Conferência a saúde recebe uma

ampla definição. Saúde não envolve apenas a recuperação da doença, saúde é a soma de resultados das formas de organização social que depende de um conjunto de fatores:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da população as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida. (Anais da VIII Conferência nacional de Saúde; 1987, p. 382).

Corroborando essa definição, Fantin (2000, p.11) escreveu:

Nas experiências populares de educação, cujo eixo central é a luta por saúde, a concepção de saúde-doença tem sido a mais ampla possível e ganha novos enfoques. Permeia uma concepção ampla dos determinantes de saúde, desde o cuidado com o corpo até a visão de saúde associada à terra, à moradia, às políticas agrícolas e políticas sociais, ao meio ambiente, à qualidade de vida, educação, solidariedade, cooperação, arte, participação e cidadania. Esse redimensionamento do sentido do que é saúde provoca uma ampliação do sentido de luta, não restringindo seus espaços e reivindicações apenas em torno da saúde, mas articulando-a com a sociedade, vinculando a luta por saúde num contexto pela cidadania.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, além de ampliar o conceito de saúde, propôs ainda que “o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário a serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Concordamos com Caponi quando afirma que “a saúde entendida como margem de segurança exige que integremos aqueles elementos relativos às condições de vida que foram enunciadas na definição da VIII Conferência” (1997, p, 306).

Portanto, saúde não se limita apenas ao corpo, inclui a mente, as emoções, as relações sociais, a coletividade. Que existe a necessidade do envolvimento de outros setores sociais e da própria economia para que as pessoas possam de fato ter saúde; a saúde de todos nós, além de ter um caráter individual, também envolve ações das estruturas sociais, incluindo necessariamente as políticas públicas.

Hoje o conceito de saúde engloba, questões referentes ao ambiente, ao grau de

desenvolvimento sócio-cultural, à possibilidade de renda e trabalho, à redução da violência, entre outros. Esta nova qualidade é anunciada na Constituição da República, em seu artigo 196⁴³ e 198⁴⁴, e no artigo 3º. da lei 8080/90.

Esta nova concepção vincula a saúde aos diversos condicionantes sociais e a integralidade humana, sendo que as ações desencadeadas nesta área devem pautar-se pelos princípios norteadores do SUS. O princípio da universalidade explicita que todas as pessoas, indiscriminadamente, têm direito à saúde, por se tratar de direito de cidadania e dever das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35).

A saúde passa a ser reconhecida conforme refere Escorel:

Como valor universal, e como tal, parte constitutiva da humanidade e, portanto um valor para todas as classes e acima das classes. Algo a ser obtido por todos os habitantes do planeta [...] É também componente fundamental da democracia e da cidadania. (ESCOREL, 1989, p.182).

Os determinantes sociais⁴⁵ da saúde incluem as condições gerais como - sócio econômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras estão também condicionadas pelos Determinantes Sociais de Saúde.

Em 2007, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão⁴⁶ define: “a saúde é antes que biológica, uma produção Social. Para que se alcancem melhores níveis é imprescindível que o estado e a sociedade cada vez mais implementem ações intersetoriais (RADIS, 2007, apud Minicurso Sepex 2007. p, 4).

Apesar da evolução das discussões sobre os conceitos de saúde, ‘é importante registrar que ainda não chegamos a um conceito definido sobre o que é saúde, e em

⁴³ **Artigo 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.

⁴⁴ **Artigo 198**- As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

⁴⁵ Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm. Acesso em 17 de dezembro de 2007.

⁴⁶ Professor e pesquisador sanitário da Fiocruz.

sua maioria, temos dificuldades de atendê-lo. Cada povo, cultura e nação exprime as suas definições sobre saúde.

Levando em consideração os diferentes conceitos de saúde, pensamos que buscar como estes se expressam na equipe multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica do HU, com o intuito de ajudar a estabelecer uma melhor relação equipe-paciente, e um melhor planejamento das atividades desenvolvidas pela equipe, melhorando o uso dos recursos disponíveis oferecendo satisfação aos usuários.

Depois de realizada uma breve caracterização do que significa saúde, apresentarei a análise das entrevistas que realizei com a equipe multidisciplinar da Unidade de Internação Pediátrica do HU. Para realizar tal análise, busquei na fundamentação teórica (sessão 2) subsídios que me auxiliaram a entender, explicar e tecer algumas considerações críticas sobre a forma de conceber a saúde e o SUS, bem como compreender as ações desenvolvidas pelos profissionais pesquisados.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida levando em consideração à importância de se explorar a compreensão de saúde presente nos diferentes profissionais inseridos na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário / UFSC, buscando apreender qual é o significado e quais são as questões relacionadas ao termo saúde, com o objetivo de chamar a atenção para um tema que consideramos de grande importância, seja na prática profissional individual ou coletiva.

A pesquisa tem como objetivo geral: investigar o conceito de Saúde: sob a ótica da Equipe Multiprofissional da Unidade de Internação pediátrica do HU. Tal pesquisa possibilitará verificar a partir dos comentários e respostas obtidas, quais são as propostas prioritárias para a questão supracitada, do ponto de vista dos entrevistados. Trará também à luz a realidade do conceito presente entre os profissionais, com o intuito de comparar as respostas com o conceito de saúde estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Adotou-se o conceito da VIII Conferência, mesmo não sendo o mais importante e interessante, porque foi neste evento que o conceito de saúde ganhou ampliação, além do SUS, adotar e preconizar o mesmo, e o Hospital Universitário estar vinculado à política de saúde do SUS.

No estudo proposto foi utilizada a abordagem da pesquisa qualitativa com dados qualitativos e entrevistas semi-estruturadas, com análise temática de conteúdo de fala. Optou-se pela realização de entrevistas do tipo semi-estruturadas, em função das mesmas permitirem maior liberdade, tanto nas respostas quanto na condução das questões.

A abordagem qualitativa, segundo Richardson (1989), permite entender a natureza de um fenômeno social, tendo como objetivo a análise de situações complexas, visto que possibilitam um conhecimento em maior profundidade relacionado ao comportamento dos indivíduos envolvidos no processo.

Em geral as investigações que envolvem uma análise qualitativa têm como objetivo abordar situações complexas ou extremamente particulares. Os estudos que empregam a metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos

sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades de comportamento dos indivíduos (Richardson, 1999). O método qualitativo, portanto, mostra-se útil a este estudo à medida que permite analisar a concepção de saúde presente nos profissionais da UIP.

O estudo teve como amostra 12 participantes, dentre eles: (06) seis Médicos, (02) dois Enfermeiros, (01) uma Nutricionista, (02) dois acadêmicos do curso de Medicina, (01) uma acadêmica de Enfermagem e (01) uma acadêmica de Serviço Social.

Matalon e Ghiglione (1993) referem quanto à amostragem nos inquéritos não estatísticos, que: [...] é inútil inquirir um grande número de pessoas. A lentidão da análise torna difícil a exploração sistemática de um número importante de entrevistas. Aliás, a experiência mostra que, para temas habitualmente tratados através destes métodos, é raro vermos surgir novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista (Matalon e Ghiglione, 1993, p. 60).

A coletas de dados ocorreu no período de novembro e dezembro de 2007, sendo que as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram realizadas na própria instituição, em locais escolhidos pelos participantes, de maneira que não ocorressem interferências no momento da gravação.

Os depoimentos da pesquisa foram colhidos por meio de entrevista aberta, semi-estruturada. Na entrevista aberta semi-estruturada o informante fala livremente sobre o tema proposto, mas limitado a um roteiro (Apêndice 2) de questões a serem pontuadas no meio da entrevista (GIL, 1999).

Finalizadas as gravações, partiu-se para a etapa da transcrição, a qual é a passagem da gravação oral para o escrito e que envolve a transcrição. A transcrição se compromete a ser um texto recriado em sua plenitude, correspondendo à finalização do mesmo.

A interpretação dos depoimentos foi feita através da análise temática de conteúdo das entrevistas. Delimitamos quatro categorias temáticas: “saúde”; “exercício profissional”; o “princípio que norteia o SUS” e “definição de saúde da VIII Conferencia Nacional de Saúde”. Tendo em mente as categorias temáticas a serem abordados elaboramos o roteiro para entrevista.

A partir dos discursos obtidos dos entrevistados selecionamos as categorias a

serem analisadas conforme a percepção de suas repetições nos diferentes depoimentos. Sobre os critérios da categorização, nos baseamos em Bardin que evidencia os seguintes princípios:

“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles. (...) A categorização é um processo estruturalista e comporta duas etapas: O inventário: isolar os elementos. A classificação: repartir os elementos, e portanto procurar ou impor uma certa organização às mensagens”(Bardin, 1977).

Os trechos selecionados dos discursos foram colocados na sessão 2 como forma de ilustrar as categorias selecionadas. A transcrição dos discursos serão citados em itálico com o pseudônimo identificado entre parênteses ao final do texto.

3.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para dar resposta ao objetivo: identificar a concepção de saúde expressos pelos profissionais da Unidade de Internação Pediátrica, apresentamos a concepção de saúde que orienta o exercício da prática profissional, bem como este conceito é trabalhado no Sistema Único de Saúde por meio do resultado dos discursos dos nossos participantes.

Questão: O que é saúde para você?

I. Idéia Central: Saúde não é somente a ausência de doença.

“Há..., saúde não é só a falta de doença é o bem estar físico, mental, social, familiar, é tudo...” (Marília).

“Saúde para mim!. não é só ausência de doença né, é um estado de bem estar físico, mental e social”. (Rafael).

“Saúde não é só combate a patologia, combate somente á doença”. (Fabrício).

“Do ponto de vista biológico é fácil conceituar saúde como ausência de doença, essa é a definição mais biológica possível de saúde, mas saúde envolve outras coisas...” (Valdir).

Mencionei aqui, a referência feita por quatro dos doze entrevistados ao conceito de saúde, e analisando os dados foi possível perceber que para eles a saúde aparece como um conceito que ultrapassa a dimensão biológica. Saúde não se relaciona somente a ausência de doença, mas a uma série de fatores relacionados ao estado de bem-estar, seja no físico, mental ou social.

II. Idéia Central: Saúde é se sentir bem

Para a maioria dos entrevistados a saúde está ligada ao fato do homem viver feliz em um ambiente agradável. Vejamos alguns depoimentos.

“Entendo saúde como sendo bem estar, saber viver bem, se respeitar, cuidar para fazer as coisas que te fazem bem, que fazem bem para ti...” (Tatiana).

“É o bem estar, eu sempre tive o conceito assim, eu estar com saúde é eu estar bem comigo...” (Jaqueline).

“Saúde tem várias definições pra saúde. Tem aquela que diz que é o completo estado de bem estar físico, mental e social. Na verdade isso seria o ideal né, o difícil é você conseguir, se você pensar nesta definição ninguém teria saúde, porque alguma coisa dessa falta; ou o físico, ou o mental ou o social sempre está te perturbando. Mas eu acho que é o máximo que se conseguir se aproximar disso. Eu conceituaria saúde dessa forma. É o máximo que você conseguir estar bem, em termos do bem estar físico, social e mental. O máximo que você conseguir estar bem é um estado de saúde...” (Fabrício).

“... Saúde é estar bem, é estar feliz...” (Jaqueline).

“... o processo saúde envolve mecanismos relacionados com o bem estar da pessoa, para mim o resumo de saúde é qualidade de vida...” (Valdir).

Cinco dos entrevistados fizeram relação que saúde é se sentir bem. O fato de sentir-se bem adquire uma dimensão ampliada, que chega a uma sensação de bem-estar geral, englobando diversos aspectos e múltiplas dimensões. Ao associar a saúde com a sensação de estar bem consigo, com o ambiente que o cerca, denota uma visão agregada aos múltiplos fatores envolvidos no estado de saúde (PAGLIOSA, 2006). Se o indivíduo sente *bem-estar* poderá ser considerado saudável, podendo este *bem-estar* manifestar-se de maneira interna e externa, sofrendo influência do meio e cultura, onde o indivíduo está inserido. Está também associado à ausência de alterações físicas ou psíquicas que permite realizar as atividades de vida e, fundamentalmente, permite autonomia e o desempenho de papéis na sociedade, promove uma forma de viver com um sentimento positivo, proporcionando alegria e felicidade, indispensável para ter qualidade de vida (BRAGA, 2004). Esta categoria foi o primeiro termo referenciado pelos entrevistados, quando questionados sobre o que entende por saúde.

III. Idéia Central: Saúde como bem-estar físico, mental, social e qualidade de vida.

Nessa subcategoria o bem-estar sentimental / mental apareceu como mais importante até do que o bem-estar orgânico. Sete dos entrevistados relacionou saúde ao bem estar físico, mental, social, condições de vida. A seguir algumas falas que expressam esta idéia:

“Saúde é bem estar físico, mental e social. [...] então, a pessoa tá bem, tanto da parte física quanto mental ela tem saúde” (Cláudia).

“Saúde é uma coisa muito ampla... acho que é o bem estar biológico, físico, mental. Acho que é um bem estar bio psico-social, que envolvem uma série de pontos...” (Luciano).

A abordagem biopsicossocial apontada por Luciano, também é destacada nas

palavras do sociólogo Gilberto Freire citadas em Limongi-França, 1999 transcritas a seguir:

“O ser humano é um todo biológico, ecológico e socialmente determinado. E seu bem estar além de físico, psicossocial, está dependente e relacionado a situações que o envolve, como membro de um grupo em particular, e de uma comunidade, e mais do que isto, de um sistema sociocultural em geral, não apenas de sua herança biológica ou de fatores ecológicos”.

“..., é um estado de bem estar físico, mental e social, é ter qualidade de vida” (Rafael).

“Saúde começa no ambiente familiar, ela passa/perpassa pelas relações domésticas, pelas relações de habitação, pela relação emocional, física, e consciência política do indivíduo...”(Marta).

“Saúde é pra mim é qualidade de vida. Uma pessoa satisfeita em todos os aspectos tem saúde, insatisfeita em alguns aspectos não tem saúde...” (Valdir).

“[...] saúde, tem um conceito amplo, não é somente o bem estar físico, mental e social, a saúde está ligada com o meio em que a pessoa vive a qualidade de vida...” (Lúcia).

Nos depoimentos acima, ficou evidente a importância do bem-estar mental /sentimental como um dos procedimentos necessários para uma pessoa ser considerada saudável, ou seja, estar bem com ela e ser feliz. Este componente foi uma característica marcante quanto as formas de conceber saúde.

Souto (2003) define que “saúde é resultante de um estado de equilíbrio, no qual os múltiplos e diversos fatores que tem influência sobre ela estão iguados”. É a relação equilibrada entre as condições biológicas e o meio físico e social, isto é o meio ambiente.

Alguns estudos citados por Queiroz (1993) também apresentam os mesmos resultados, principalmente em classes sociais mais baixas, onde a idéia de saúde é alienada do indivíduo e apropriada pelo meio social via capacidade de trabalho. A falta de condições financeiras que garantem pelo menos o básico para a pessoa se manter, de certo modo afeta tanto

as aspectos físicos como os psíquicos do indivíduo, uma vez que se relacionam diretamente à qualidade de vida.

Quanto à categoria qualidade de vida, Braga (2004) a relaciona-se com o nível de satisfação que os indivíduos sentem, quando analisam as suas condições de vida tendo por base critérios pessoais, comparados com outras situações próprias da vida e de outros seres humanos.

Percebemos que a qualidade de vida é um conceito que envolve os mais variados aspectos da vida, envolve experiências dos indivíduos, inclui aspectos como: saúde, família, trabalho, oportunidades, educação, auto-estima, criatividade, competências, entre outras.

A influência dos fatores macrossociais e do contexto político-econômico sobre as condições de saúde da população e da própria prática médica, foi nos anos 1960 e 1970, objeto das abordagens marxistas da medicina social. Nos mesmos anos e com uma perspectiva similar desenvolveu-se a epidemiologia crítica, chamada também epidemiologia social (CAPRARA, 2003, p. 19).

A relação de saúde como proveniente da qualidade de vida foi feita por, Rafael, Marta, Valdir e Lúcia, provém do direito ao trabalho, a educação, a alimentação, ao lazer, às condições dignas de moradia, etc. Estes elementos são fundamentais para o indivíduo obter “qualidade de vida”, e conseqüentemente uma vida saudável.

A falta de condições financeiras que garantem pelo menos o básico para a pessoa se manter, segundo o depoimento dos entrevistados, afeta tanto os aspectos físicos como os psíquicos do indivíduo. Portanto saúde relaciona-se ao fato da satisfação, felicidade, lazer, oportunidades, educação, trabalho, e outros. Quando estes fatores são respeitados pelo Estado e pela sociedade, direta ou indiretamente, conduzem a uma qualidade de vida.

IV. Idéia Central: A pessoa pode ter doença, mas ser considerada saudável e vice-versa.

Os aspectos mentais na manutenção do estado de saúde aparece frequentemente na fala dos entrevistados. O bem estar emocional aparecesse como fator importante para a manutenção do estado de saúde. Pagliosa (2006) afirma que o aspecto mais importante, que

modula o estado de saúde, é a dimensão psíquica. [...] o funcionamento normal dos órgãos e dos mecanismos fisiológicos não caracterizam sozinhos um estado de saúde (Pagliosa, 2006, p. 74). Podemos observar isso nos seguintes trechos de entrevista de Fabrício e Valdir respectivamente.

“Às vezes uma pessoa com diabetes, por exemplo, pode interpretar a doença de forma negativa, o que vai se tornar uma doença para ela. Diferente, por exemplo, de uma pessoa que tem diabetes mas que encara, se cuida, aceita o tratamento sem problema algum, opta por adotar hábitos saudáveis, sem doces, refrigerantes.... Percebemos que são duas pessoas com o mesmo caso clínico, mas vejo uma como saudável e outra como doente” (Fabrício).

“... às vezes a pessoa não tem nenhuma doença física, mas não está bem com o psicológico e social, portanto ela está doente” (Valdir).

“... nem sempre a ausência de doença é saúde. O processo de saúde envolve mecanismos relacionados com o bem estar da pessoa. Uma pessoa pode não ter doença física, mas pode não estar bem com o psicológico, com o social. [...] encontra-se sem vida plena de direitos, sem emprego, educação, lazer, habitação..., para mim uma pessoa nestas condições não pode ser considerada uma pessoa saudável” (Luciano).

“... como médico não adianta saber o que a pessoa está sentindo, mas como ela está se sentindo em relação aquilo que ela está passando, que ela está vivenciando. [...] saúde é a pessoa se aceitar do jeito que ela é. Às vezes uma pessoa com problema renal e com a necessidade de fazer diálise pode ser considerada uma pessoa saudável, pois aceitou e se adaptou a doença. Por outro lado há pessoas que não possuem nenhuma doença grave crônica, mas estão inadaptadas a situação” (Valdir).

Ao analisar o conceito de saúde dentro dessa visão, chegamos à conclusão que podemos considerar de maneira diferenciada duas pessoas com a mesma patologia, “com o mesmo caso clínico”, dependendo de como elas encaram a situação: “de forma bem negativa” ou “encara isso numa boa, aceita a patologia e aprende a lidar com ela, apresenta uma convivência

benéfica com as outras pessoas”. A fala acima destaca também um entendimento de que a ausência de uma “doença externa”, visível, detectável fisicamente, não evidencia, por si só, o estado de saúde/doença de uma pessoa.

A extensão psicológica/mental assume caráter relevante no processo de saúde-doença. O psicológico assume um caráter intermediário, na medida em que, estando à pessoa com uma enfermidade, por exemplo, o grau de comprometimento do “equilíbrio” necessário para manter uma pessoa saudável, vai depender fundamentalmente de como a pessoa vai “interpretar aquilo. [...] os aspectos psicológicos são, portanto, os moduladores, ou catalisadores, que, na dependência de como cada indivíduo interpreta os seus problemas, tanto físicos quanto emocionais ou sociais poderá determinar se o indivíduo permanecerá saudável ou irá desenvolver uma enfermidade ou, ao contrário, estando doente permanece neste estado ou tende para a cura. Os aspectos psicológicos são importantes no processo de cura, mas é da sua inter-relação com os fatores biológicos e os sociais, que depende o desfecho das diferentes situações enfrentadas pelas pessoas em seu cotidiano, interferindo de forma direta ou indiretamente no processo saúde-doença (PAGLIOSA, 2006, p.77).

A saúde atualmente é vista como resultado do *equilíbrio* dinâmico entre o indivíduo e o seu meio. Refere-se ao desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao seu contexto e projetos de vida, de modo a atingir a sua máxima competência.

O Exercício Profissional

Questão: Você conhece a definição de saúde estabelecida na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987. Como relaciona sua compreensão ao exercício profissional.

IV. Idéia Central: Saúde vai além da compreensão e exercício profissional.

Diante das análises das entrevistas foi possível compreender que a maioria dos

profissionais conhece o conceito estabelecido pela VIII CNS. Segundo eles, a implementação não encontra-se exclusivamente no exercício profissional, mas em mecanismos de apoio provenientes da esfera do governo e da sociedade. Vejamos alguns relatos:

“Fica difícil estabelecer aqui no hospital o que a VIII CNS preconiza a gente tenta fazer, mas muitas vezes não consegue, porque não depende somente dos profissionais da medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, psicologia. Saúde é ter hábitos de higiene, saneamento básico, educação, alimentação...” (Rafael).

“... conheço e acho que com isso consigo atuar de forma mais efetiva ou menos efetiva. Pensando assim posso colaborar com o bem estar, ajudando nas partes psíquica, social e mental, pois uma palavra bem dada neste sentido vale mais que um diagnóstico correto. [...] mas para uma atuação mais efetiva é necessário programas e políticas públicas” (Rafael).

“A maioria da equipe aqui na pediatria tem essa noção..., a gente trabalha em conjunto, um depende do outro, a gente não trabalha sozinho” (Marília).

“... conheço, mas é difícil, na maioria das vezes falta interesse dos pais, não precisa ser uma família que tem recurso, se é uma mãe interessada, mesmo que ela não tenha, a gente consegue o remédio, consegue explicar e otimizar com o que tem. [...] claro há falta de apoio do governo, por que tem um monte de remédio que eles poderiam dar, e não só remédio né, saneamento e todo o resto que teoricamente é obrigação deles e acaba não acontecendo...”(Claudia).

“Na realidade, a prática da compreensão de saúde não tem muita divergência em relação ao que o SUS preconiza: a integralidade, universalidade, equidade. Tem coisa de dependem da minha atuação profissional e outras que não dependem”. (Valdir).

“... conheço a gente aqui na pediatria tem essa noção, mas acho que a gente age muito na área da doença; no social, na área educacional muito pouco porque não depende somente da

equipe médica, mas de políticas públicas, educação, saneamento básico, dentre várias outras obrigações do Estado...” (Lúcia) .

“Conheço sim, procuro relacionar a questão do bem estar físico e mental, ao que a criança e a família está passando. Relacionar com o que a mãe está esperando quanto ao tratamento. [...] porque saúde é o bem estar da criança x mãe, é a família estar esclarecida e orientada, não é só questão de cuidar...” (Rafael).

Vale salientar, a existência de certa concordância na visão dos relatos, de que a saúde não depende somente dos médicos e hospitais, mas depende, sim, do meio ambiente, do estilo de vida, da educação, da alimentação, do apoio do governo e da sociedade.

O SUS consegue viabilizar o conceito de saúde estabelecido pela VIII CNS, por ele preconizado?

Entre os participantes deste trabalho, ressalto certa semelhança quanto às dificuldades apresentadas no sentido de viabilizar o conceito de saúde preconizado no SUS. Podemos observar tal fato em trechos do discurso de alguns entrevistados:

“O SUS preconiza a saúde, mas a gente sabe que muitas vezes é impossível realizar aquela diretriz que o SUS ... é, que o próprio SUS coloca para a gente realizar, as vezes é difícil fazer uma coisa integralizada, por exemplo aqui no hospital, aqui na pediatria especificamente se consegue fazer essa multidisciplinar com todo mundo envolvido, mas a gente sabe que na maioria das vezes não se consegue fazer. [...] uma, é... às vezes não se tem pessoal especializado para fazer isso. Outra, às vezes a interação entre os profissionais se dão de maneira conflituosa né, não é só unidirecional do médico em relação a enfermeira em relação a nutricionista em relação a assistente social, mas vice-versa também, a assistente social em relação a enfermeira em relação a nutricionista em relação ao médico; acho que as vezes falta um pouco di ... di, não sei se na faculdade essa interação não acontecer, então ai quando se

tornam profissionais, eles ficam independentes um do outro, ou empurrando um pro outro o paciente pra que resolva o problema deles sem ter que pensar num contexto geral” (Rafael).

“Em relação aos princípios organizativos do SUS, o hospital tende a seguir, não se consegue chegar ao ideal, mas acho que aqui no hospital em que a maioria geral é carente, a gente tem que atender não só tratando a saúde especificamente, mas os problemas que envolvem a família, a comunidade, acho que aqui se chega perto, principalmente porque trabalhamos com uma equipe multiprofissional” (Lúcia).

“Para acontecer o que o SUS preconiza é necessário uma atuação multidisciplinar, pois nós seres humanos não somos tão amplos assim né. O que falta é uma maior integração por parte da equipe profissional, que acho que não tem aqui. Cada um está fazendo o seu bem feito, mas cada um fazendo o seu, não é todo mundo junto entendeu! Estão cada um no mesmo espaço, com o mesmo paciente, mas cada um fazendo o seu. Aqui cada um faz o seu bem feito, mas cada um faz o seu, é preciso uma melhor integração...” (Tatiana).

A relação entre os profissionais é uma questão importante para que o trabalho desenvolvido pela equipe torna-se eficaz.

Na opinião dos três entrevistados, é possível perceber que ambas fazem referência ao trabalho multidisciplinar. Segundo a entrevistada Tatiana para o SUS viabilizar o conceito de saúde de maneira mais efetiva, é necessário ir além da multidisciplinaridade, é preciso se chegar à interdisciplinaridade. Para Ramos (2001), “multidisciplinariedade é sinônimo de um amontoado de diferentes profissionais, de diferentes formações, que não necessariamente interagem entre si”. Explica que “nesse modelo esses profissionais apenas empurram o problema para o outro – ‘agora não é mais comigo (médico), agora é com o assistente social’”, e conclui que “isto não é uma equipe, é um amontoado de gente competindo entre si.

Para Fonseca (2000), “a visão interdisciplinar significa a integração entre os diversos ramos do conhecimento científico”. Nessa abordagem há um menor risco de falhas, pois cada um sabe onde está atuando e há visão mais ampla sobre o caso.

Na visão de Minayo (1991) a interdisciplinaridade se faz necessária por que:

Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (MINAYO, 1991, p.72).

Analisando os dizeres dos referidos autores, percebemos que há aproximação e semelhança com os dizeres dos entrevistados. Ambos mencionam que nenhum profissional, possui capacidade técnica e teórica para cuidar e atender sozinho os problemas da saúde, pois são decorrentes de uma infinidade de fatores, sejam eles biológicos ou sociais.

Os demais entrevistados fazem uma crítica á política de saúde, mais precisamente quanto o funcionamento do SUS, considerando-o utópico, inviável e ineficaz devido à falta de investimentos, ora na prevenção, ora no tratamento, ora nos recursos humanos. Mas há também quem o avalia de maneira positiva. Assim vejamos:

“ ... Eu acho que o SUS é um programa complicado no sentido de se solicitar alguns exames, de encaminhamentos, na maioria das vezes é impossível consultar no período necessário. [...] Mas temos que analisar o que tem por traz disso - serviços caros, médicos e outros profissionais mal pagos, falta de profissionais e equipamentos adequados...” (Fabrício).

“O SUS é um dos programas básicos mais completos, o problema é colocar ele em prática. [...] o SUS é direito de todos, como é muito amplo, o problema é o financiamento disso, pois não consegue atender toda a demanda necessária. Tanto que nossa classe, a médica, não utiliza, tem plano de saúde. A princípio é muito bom, mas a parte operacional é que tem falhas...” (Luciano).

“O papel aceita tudo, né. [...] você pode botar no papel que tem que ter educação pra todos, que a escola tem que ser boa, arejada, não pode ter mofo. O papel aceita, mas na verdade não é assim, a gente vê que não é assim...” (Marília).

V. Idéia Central: Faltam políticas públicas e educação

Além do atendimento ao indivíduo, no sentido de buscar restabelecer a saúde, é necessário que os serviços passem ser prestados de forma integral, ou seja, as políticas públicas precisam atuar conjuntamente para que a saúde seja efetivada como direito. Segundo Simon (2006, p. 26), a continuidade dos serviços se faz necessária para que o usuário doente possa tratar a saúde, e isto só é possível quando após a alta hospitalar, os serviços continuem sendo prestados de forma integral.

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados refere-se à educação. Para eles grande parte dos usuários não receberam instrução básica, não foram preparados para cuidar da saúde, com isso, o trabalho da equipe acaba se tornando inviável, com resultados negativos. Vejamos alguns relatos:

“... aqui na pediatria quando a família é carente, muitos profissionais tem o espírito de ir atrás de amostra para ajudar no tratamento. [...] o problema está no processo de continuação do tratamento pós alta. A grande maioria não segue as indicações médicas para dar continuidade ao tratamento. Abandonam por acharem que o tratamento não está dando resultado, por isso é importante o Programa Saúde da Família (PSF)” (Valdir).

“Muitas vezes tu fica angustiada, tu orienta, tu fala, e parece que eles não aprendem, que não querem aprender; porque a pessoa não faz nada daquilo. [...] tu sabe que vai falar vai orientar e não vai adiantar nada, a pessoa não tá preocupada, aquilo não é importante para ela, não valoriza...” (Lúcia).

“O Hospital tem programas e a intenção em fazer que a família seja assistida como um todo, desde a criança até seus familiares, pois não tem como a gente dissociar mãe, pai, avô, etc. Nós como profissionais da saúde procuramos entendê-los da melhor forma possível, temos o espírito de ir atrás de amostra de remédios para ajudar no tratamento, pois a grande maioria são pessoas carentes...” (Luciano).

“... eu acho que falta a educação básica né ... a formação de base; da criança desde a escola ser orientada quanto aos cuidados de saúde, de higiene. Há ..., o saneamento básico é importante, esses cuidados, a gente vê e não consegue atuar nesta área, então tu atua praticamente na doença, tu médica, tu usa a medicação, mas a estrutura né, ao redor daquela família ao redor daquela criança tu não consegue mexer, tu não consegue modificar. [...] interna no hospital, como vocês mesmos do serviço social, a gente atende a criança né, procura dar um retorno pra ela, vê como é esse meio dela, você sabe que ela vai voltar pra aquele meio e muita coisa não vai ser feita, praticamente nada, então ela vai continuar com os mesmos problemas com as mesmas dificuldades né, com o mesmo problema nutricional, alimentar de higiene, sanitização, é isso que a gente fica impotente né, a gente não consegue mexer nisso...”(Marília).

Apesar da simplicidade dos discursos, podemos depreender de suas falas as dificuldades da equipe em ministrar saúde no sentido ampliado, uma vez que devem ser considerados os aspectos sociais e econômicos no qual o indivíduo está inserido.

Vale ressaltar também que nenhum membro do grupo relacionou saúde ao consumo de medicamentos, mas a necessidade de obtenção e acesso aos serviços de saúde, a educação ao trabalho ao lazer, resumindo á qualidade de vida.

3.2 A Concepção de Saúde que Orienta a Equipe Multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário/UFSC.

O presente estudo foi desenvolvido levando em consideração a importância de se explorar o significado da saúde nos diferentes profissionais, para um melhor planejamento em saúde e melhora da relação equipe⁴⁷ - paciente. O estudo proporcionou identificar a concepção de saúde expresso pela equipe multidisciplinar da UIP, com a finalidade de perceber a variabilidade deste conceito dentre os profissionais.

Percebe-se na transcrição das entrevistas que quando os entrevistados tentam esboçar uma definição mais específica de saúde, os discursos tornam-se redundantes e bastante

⁴⁷ Refiro-me aqui a equipe multiprofissional (Médicos, Enfermeiras, Nutricionista, Psicóloga, Assistente Social, estagiários, residentes, dentre outros) que atuam na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário.

parecidos entre si. De maneira geral, podemos referir que os participantes comungam da idéia de que a saúde é um estado completo de bem-estar físico mental e social e não apenas ausência de doença. A percepção que tive ao realizar cada entrevista e, depois, ao transcrevê-las é que a equipe não consegue mais expressar um conceito simplista, por exemplo, saúde como a ausência de doença. Quando definem saúde, a fazem de uma forma ampliada, colocando-a como uma sensação de sentir-se bem, estar feliz, realizar-se, ter um trabalho, estar bem consigo e com os outros, ter condições de vida adequadas, enfim uma condição que envolve basicamente a qualidade de vida, ampliando significativamente o conceito de saúde, colocando-o muito além de uma visão biologicista, vindo ao encontro do conceito estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde.

Também identificam saúde como sendo completo estado de bem estar físico, mental e social, envolvendo aspectos relacionados à educação, situação econômica, condições de moradia digna, alimentação, saneamento básico, lazer, além de direitos respeitados e garantidos. Segundo os entrevistados, esses itens são fundamentais para que uma pessoa possa se sentir com saúde e ser considerada saudável. Pois saúde é a manutenção de um equilíbrio entre o físico e o mental. Nesse processo os fatores psíquicos adquirem um papel fundamental, central para a manutenção do estado de saúde.

Se fizermos um apanhado das considerações dos entrevistados, englobando as diversas idéias centrais que os compuseram, percebemos que para a maioria da equipe multiprofissional da UIP a percepção aparece de forma ampliada. Nos dizeres percebemos que saúde além dos fatores acima citados, também faz relação quanto ao exercício profissional. Exercício que além de conhecimento ao conceito de saúde engloba o desenvolvimento de um trabalho articulado, unido entre os profissionais.

Percebemos que o conceito de saúde discorrido pelos profissionais envolve uma infinidade de fatores, quer seja em relação à prática profissional individual ou coletiva, quer seja em relação às políticas públicas existentes, o que impossibilita a adoção de um conceito único.

Conclui-se então que o processo de pensar saúde não envolve somente o conhecimento ao conceito, mas envolve fatores relacionados às políticas públicas, educação, lazer, emprego, habitação, enfim maior responsabilidade de nossos governantes.

A pesquisa foi importante, pois possibilitou compreender e conhecer as variadas formas de se pensar saúde, principalmente nesta era tecnológica e capitalista, que acaba distanciando os profissionais de saúde do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde ao longo dos tempos passou por profundas modificações. Inicialmente, saúde foi caracterizada como mera ausência de doença, com as sucessivas transformações, assumiu conotação multidimensional onde se englobaram dimensões objetivas e subjetivas. Um grande marco histórico foi a Carta Magna (1946) que passou a definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Quarenta anos depois da elaboração da Carta Magna, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 reforçou o conceito quando optou por preconizá-lo.

É notório, o papel que o desenvolvimento social e político operou dentro dos conceitos e do fazer saúde na sociedade, levando em conta que muitas das determinações e prescrições foram efetivadas de maneira vertical e descendente. Por isto mesmo, o espírito dos governantes e a energia que perdurava em seus mandatos determinava o nível da saúde, seja na teoria ou na prática efetiva dos métodos. O que surgiu de maneira direcional e excludente, como a própria sociedade moderna, ganhou ares democráticos e mais complexos.

O acesso à saúde seja de forma paliativa ou de correta compreensão dos múltiplos fatores que compreendem o conceito, se deu gradativamente e esta mesma complexidade e multidisciplinaridade determinou a segregação que ocorre até hoje de forma mais velada. Enquanto os órgãos governamentais davam conta de, ora agrupar, ora desagrupar os institutos de acesso à cura de patologias, no decorrer de 1940 em diante, a própria máquina social abriu espaço para o agente que traria a ligação do serviço ao servidor, o assistente social. Tanto quanto qualquer outra transformação de impacto e importância a aceitação deste agente social no âmbito da saúde não foi de pronto reconhecido nem tão pouco valorizado. Foram décadas de aceitação para culminar, enfim com o reconhecimento formal em 1997 pelo Ministério da Saúde.

Dadas às particularidades da visão multidisciplinar envolvendo os agentes e fatores compositores da saúde, vê-se no assistente social o elo e esclarecimento, mas também de tronco organizador dos métodos e planos referentes ao proporcionar saúde à população, seja ela em forma de procedimentos curativos, mas, prioritariamente, no entendimento da globalizada rede de pré-requisitos fundamentais, tais como educação, saneamento básico, dignidade, emprego e acessibilidade ao governo. Nesse entrelaçado de motivos se encontram as respostas para

doenças e ausência de bem-estar, compostos do saber saudável. O que se pode inferir é que o conhecimento consensual até é disperso entre os profissionais que atuam na área, mas daí a ser transmitido praticamente aos usuários de todo um sistema de saúde e governo, a vala ainda é profunda e baseada em anos de descaso que levariam outros tantos anos para se refazer. No entanto, todos entendem que saúde é muito mais que ausência de doença, e um agente social é muito mais que um entrevistador das condições sócio-econômicas.

Por outro lado, ainda que os profissionais entendam e concordam com o conceito, deixam claro que ele não é viável hoje, na prática que desenvolvem, porque existem elementos que extrapolam este espaço não ocupacional, o que retoma a questão saúde x doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. **Políticas Públicas e Organização do Sistema Único de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. In: WESTPHAL, M. F e ALMEIDA, E.S. (orgs). *Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/municipalização do SUS*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. de. **O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia?** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2000b.

AROUCA, A.S.S. **“Saúde e democracia”**. Anais 8ª. Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ATHAYDE, M.; NEVES, M.Y. **Saúde, gênero e trabalho na escola: um campo de conhecimento em construção**. In: BRITO, J.; ATHAYDE, M.; NEVES, M.Y. (Orgs.). *Saúde e trabalho na escola*. Rio de Janeiro: CESTE/ENSP/FIOCRUZ, 1998. p.23-36.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa edições. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1977.
BORUCHOVICH, e, Felix-Sousa IC, Schall VT. **O conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau**. Revista Brasileira de Saúde Pública.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo, HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de Outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004a.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Portaria n. 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. (b) Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf. Acesso em: 27 de set. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Resolução Inamps/MS n. 258 de 07 de janeiro de 1991. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Ces/Legisl/NOB96.pdf> Acesso em: 27 de set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde/NOAS-SUS 01/2002**. Portaria GM/MS/N373, de 27 de fevereiro de 2002 (a). Disponível em:

http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm. Acesso em 27 de set. 2007.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Coletânea de Normas para Controle Social no Sistema Único de Saúde. 2ª. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Lei 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. In: CRESS. **Coletâneas de Legislações:** direitos de cidadania. Curitiba: CRFSS 11ª. Região, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006c.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** Lutas Sociais e Práticas Profissionais. n° 88. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil:** Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazonaida (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M. I. S. As dimensões ético-políticas e ético-técnicas na formação acadêmica do assistente social: a articulação ensino-pesquisa e extensão. In: XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, 2004, Costa Rica. **Anais...** Costa Rica, 2004.

BRAVO, M. I. S. **Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social:** elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al (orgs). Saúde e Serviço Social. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006a.

BURLIN, Andréia. **A Produção de Conhecimento no Serviço Social:** uma análise no HU/UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 5. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Revista História, Ciência e Saúde, v.4, p. 287-307, jul./out. 1997.

CAPRARA, A. **Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença.** Cadernos de Saúde Pública 2003, p.19.

CARVALHO A., In: FLEURY, S. (org) **Saúde e Democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, et al. **A organização do sistema de saúde no Brasil.** In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDONI Jr, L. (orgs). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Aprovado em 13 de Março de 1993. In: CRESS 11^a. Região. **Coletânea de Legislações: direitos e cidadania**. Curitiba: CRESS/PR, 2003.

COELHO, M.T.A.D. & ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsiglia R, Giffoni M. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.101-113.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez. 1991.

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção á saúde. **Cadernos da 11^a. Conferencia nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8^a. Relatório da 8^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

COSTA, N. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano XXI, n 62, 2000.

COSTA, N.R. A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas, São Paulo: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001. p. 307-321.

COSTA, R.C.R. Descentralização, Financiamento e Regulação: A reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. In: **Revista de Sociologia Política**, n. 18. Curitiba, 2002.

CRESS, Conselho Regional de Serviço Social – 7^a. Região. O Serviço Social em Hospitais: orientações básicas, p. 1-31, maio, 2003.

CZERESNIA, Dina. Do Contagio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, Dina (org.). Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**, São Paulo, Hucitec:1995. p.17-18.

DA ROS, M. A. **Um drama estratégico**: o movimento sanitário e sua expressão em um município de SC. [Dissertação] Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1991.

DEJOURS, C. **Por um Novo Conceito de Saúde**. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*. 1986, p. 7-11.

ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas de descentralização e municipalização no Brasil. São Paulo: Cortez, 1996.

ESCOREL, Sarah. **Saúde: uma questão nacional**. In: Fleury, S.M.T (org) **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995.

ESCOREL, Sarah. **Saúde: uma questão nacional**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez: ABRASCO, 1989.

FANTIN, Maristela. **Construindo Cidadania e Dignidade**: Experiências populares de educação e organização no Morro do Horácio. Florianópolis: Insular, 1997 (Introdução).

FANTIN, Maristela. **Educação Popular e Saúde**: Conquistas e Desafios no Contexto Brasileiro. Em: Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Caderno de Debate Educação Popular, 2000. p. 06-15.

FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de um hecho científico*. Madrid: Alianza, 1986.

FLECK, M.P.A, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública* 1999b. p. 198-205.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

FONSECA, M, S. **Interdisciplinaridade e desenvolvimento sustentável**. 2000. Disponível em: URL:<http://br.groups.yahoo.com/group/ecoturismo-br/message/276>. Acesso em: 20/08/2007.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.

FOUCAULT, M. *Poder-corpo*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. E. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982c.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**> São Paulo: Atlas, 1995.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GHIGLIONE, Rodolphe, e Benjamin MATALON (1991), **O Inquérito: Teoria e Prática, Oeiras**, Celta Editora

GROSSEMAN, S; PATRICIO, Z.M. **Do desejo a realidade de ser médico**. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

GUITIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. **Concepções sobre a saúde e a doença**. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

HELMAN, C.G. **Relação médico-paciente**. In: Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 100-136.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Plano de Atuação do serviço social no hospital universitário**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, junho 2002.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**, São Paulo: Cortez, 1997.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, Telma Cristina Sasso. **As Ações Sócio-educativas e o Projeto Ético-político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica**. Dissertação de mestrado. Defendida em: 15/08/2006. Departamento de Serviço Social - UFSC, 2006.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 154 p.

LUCCHESI, P. T. R. **Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990 – 1995**. mimeo, 1996.

LUCCHESI, P.T.R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência á saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995**. Brasília: IPEA, dez. 1996. p. 75-152. (Planejamento e Políticas Públicas, n 14).

MARCHEZAN, Daniela Luzia. **Planejamento Familiar: liberdade de escolha ou falta de opção? Análise de uma experiência no HU/UFSC**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social – UFSC, 2002.

MARTINI, Débora. **Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde: A Contribuição do Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

MARTINS, Aline de Carvalho. **Conselhos de direitos: democracia e participação popular.** In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M.C. (orgs). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** São Paulo: Cortez, 2004, p. 189-206.

MEDICI, A. C. **Saúde: modelos de gestão descentralizada. Alternativas para o Brasil.** In: VELLOSO, J. P. R.; ALBUQUERQUE, R. C. & KNOOP, J. (coords.). **Políticas Sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos Estudos-Instituto-Latino-Americano de Desenvolvimento Econômico e Social, 1995.

MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. (Coleção saúde em Debate, 88).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Abrasco., 2000.

MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**> Rio de Janeiro: Edit. Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Bogotá.** Brasília, DF. 1996.

MOSER, Auristela Duarte. **Práticas de Saúde em uma Empresa Pública no Estado do Paraná e as Concepções de Saúde dos seus Trabalhadores: uma contribuição à ergonomia e à saúde do trabalhador.** Florianópolis: UFSC, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso.

MORETO, S. **O Processo de intervenção do Serviço Social na Pediatria do Hospital Universitário e a Política de Saúde e Assistência Social no Brasil.** 1999. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

NOGUEIRA, V. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda.** Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

NETTO, Oswaldo França. **Atendimento em equipe multidisciplinar.** Revista Saúde Sexo e Educação, Rio de Janeiro: O Instituto, ano 8, n. 21, 1994.

NETTO, J.P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea.** In: Capacitação em serviço social e política social: Módulo I: Crise Contemporânea, questão social e serviço social. Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD / UNB, 1999.

NOTÍCIAS, ato médico. **O trabalho do médico na equipe multidisciplinar e a não concentração das ações em suas mãos.** Disponível em: < www.daihp.com/menu/noticias/ato_medico.htm>. Acesso em 15 de nov. 2007.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde:** um diálogo filosófico. Florianópolis: Bernúncia; 2000.

NORONHA, Jose Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: **Os caminhos do direito á saúde. In: Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80.** In GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (org), Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABRASCO, 1995.

NUNES, E.D. (org). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global Editora, 1993.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) **Previdência social:** 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes. ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA FILHO, Silvio Mendes. In: **SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SUS**, 1999, Rio de Janeiro, Relatório...Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Banco Mundial, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, 21 novembro 1986. Carta de Ottawa para promoção da saúde. Trad. De Murilo C. Soares. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>. Acesso em 20/10/07.

OTTAWA: Canadian Hospital Association Press. In: Waldow, VR. **O cuidado em saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes. 2004.

PAGLIOSA, Luis Fernando. **Percepções sobre saúde e doença dos estudantes da primeira fase do curso de Medicina da UFSC.** Dissertação de Mestrado em Saúde Publica. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PATRÍCIO, Z. M; GUERRA, A. F.; MAIA, P. R. D. De dentro para fora, de fora para dentro. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. de (Orgs.). **Qualidade de vida do trabalhador:** uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor. 1999, p. 91-126.

PELEGRINI, M. L.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L.,. **Equidade na alocação de recursos para a saúde:** a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 10, nº 2, abr/jun. 2005,

PELEGRINI FILHO A. Compromisso com a ação. *Radis*, n. 47, p.12–14, jul. 2006.

PEREIRA, Silvana Maria. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis- 1989- 1994.** Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação de Mestrado.

- PISSINI, L. **Problemas Atuais de Bioética**. Ed Loyola, 1991,
- QUEIROZ, M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1993. p. 272-282.
- QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2000. p. 363 -375.
- RAICHELIS, Raquel. 10 anos depois da Constituição Cidadã. **Revista Inscrita, Conselho Federal de Serviço Social**. ano 2, n. 3, p. 19-26, nov. 1998.
- RAICHELIS, Raquel. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais**. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Modulo 3. Brasília: UnB, 2000.
- RAMOS, D, L, T. **Fundamentos e princípios da bioética**. Conferência proferida em 31 de maio de 2001. Disponível em:
URL:<http://www.presbiteros.com.br/Moral/Bio%E9tica/Fundamentos%20%Princ%EDpios%20de%20Bio%E9tica.htm>. Acesso em 20/08/2007.
- RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. Divulgação em Saúde para Debate, CIDADE, v. 14, p. 66-74, ago. 1996.
- ROSA, Tânia Gomes da. **Conhecimento e Análise da Situação do Paciente Portador de Doença Renal Crônica no Hospital Universitário** – caracterização e reflexão. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social – UFSC, 1995.
- ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.
- SCLIAR, M. Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.31, n.5, p. 538-542, out. 1997.
- SEVALHO, G. **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. Cadernos de saúde pública 1993. p. 349-363.
- SILVA, Suely do Nascimento. O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo. Um estudo de caso sobre a participação social na política de saúde municipal. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SIMON, Ana Silvia. **O Princípio da Integralidade e a Interface das Políticas na garantia do direito à saúde da criança.** Trabalho de conclusão de curso. DSS/CSE/UFSC, 2006.

SPOSATI, A. & LOBO, E. **Controle Social e Políticas de Saúde.** Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/dez, 1992.

SPOSATI, Aldaíza. **Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania.** In: Cadernos do núcleo de seguridade e Assistência Social da PUC/SP, 1997.

SOUTO, D. F. **Saúde no Trabalho:** uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Ed. Senac nacional, 2003.

SOUZA, R.O. O Modelo Assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M.I.S. et al (org). **Capacitação para conselheiros de saúde:** textos de apoio, Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, p. 57-62, 2001.

SOUZA, M. F. M.; KALICHMAN, A. O. **Vigilância à saúde:** epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: Cadernos CEFOR, Série textos, 2. São Paulo: CEFOR, 1992.

TEIXEIRA, M.C.T.V. **Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice:** um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde [doutorado em filosofia da saúde]. Florianópolis: UFSC, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/>. Acesso em: 08/05/20

VASCONCELOS, A.M. et al. **Profissões de Saúde, ética profissional e seguridade social.** In: BRAVO, M.I.S. et al (orgs). Saúde e Serviço Social. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

WANDERLEY, Luis Eduardo. Os sujeitos sociais em questão. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XIII, n. 40, p. 141-156, dez 1992.

WARDERLEY, Luis Eduardo. Educação e Cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XXI, n. 62, p. 156-167, mar/2000.

WESTPHAL, M.F. e ALMEIDA, E. S. (org) Gestão e Serviços de Saúde: Descentralização/ Municipalização do SUS. São Paulo. HUCITEC. ABRASCO, 1995.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

Sites consultados:

Disponível em <www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/aspolíticas_de_s.html>..

Disponível em <<http://www.assistentesocial.com.br/expsaude2.pdf>>.

Disponível em <<http://www.socialsocial.com.br/karina.pdf>>.

Disponível em <<http://www.assistentesocial.com.br/expsaude2.pdf>>

Disponível em <<http://www.socialsocial.com.br/karina.pdf>>.

Disponível em http://educacaoofisica.org/joomla/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=275.>.

<

Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/>>.

Disponível em <www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/aspolíticas_de_s.html>.

Disponível em <http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm>

Disponível em <www.scielo.br>.

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Débora Dalla Cort**, sou estudante do curso de graduação em Serviço Social – UFSC, estou desenvolvendo a pesquisa **Concepção de Saúde que orienta a equipe multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica – HU/UFSC**, com o objetivo de **analisar qual e o conceito de saúde que orienta o trabalho da equipe na UIP do HU**. Este estudo é necessário porque **há escassez de estudos nesta área e pode contribuir para a institucionalização de estratégias educacionais**, e será realizada **entrevista gravada, transcrita e analisada**. O estudo não traz riscos aos participantes, sendo o único desconforto a disponibilidade de tempo (aproximadamente 30 minutos). Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser fazer parte do mesmo, pode entrar em contato no telefone **(48) 9132 2568** ou via e-mail (**debyufsc@yahoo.com.br**). Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação.

Nome do pesquisador

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa **Concepção de Saúde que orienta a equipe multiprofissional da Unidade de Internação Pediátrica – HU/UFSC** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Entrevistado

Florianópolis, 21 de Novembro de 2007

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Data: _____

Número: _____

Nome: _____

Profissão: _____

Tempo de Formação: _____

CATEGORIA – CONCEPÇÃO DE SAÚDE

1. Para você o que é saúde?
2. Como relaciona sua compreensão de saúde com o princípio que norteia o SUS?
3. Você conhece a definição de saúde estabelecida na VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1987. Como relaciona com seu exercício profissional?
4. Você tem mais algum comentário em relação a esta categoria? Comente.

ANEXO I



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PEDIATRIA
SERVIÇO SOCIAL

REGISTRO:	PACIENTE:	Idade:
345919	MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
ENTREVISTADO (A)	DATA DA INTERNAÇÃO:	
SITUAÇÃO DE TRABALHO E ECONÔMICA		
CONDIÇÕES HABITACIONAIS		
SITUAÇÃO FAMILIAR		
SITUAÇÃO ESCOLAR		
RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E LAZER		

Dados Complementares

ANEXO II

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

DOU de 20/09/1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Disposição Preliminar

Art. 1 - 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. 2 - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - 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.

§ 2 - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3 - 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. 4 - 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.

§ 1 - 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.

§ 2 - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5 - 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 § 1, do Art.2 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. 6 - 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.

§ 1 - 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.

§ 2 - 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.

§ 3 - 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 acidente 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 acidente 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 o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7 - 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 um 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. 8 - 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. 9 - 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.

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

§ 2 - 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 complementares 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.

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 em 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 - À direção nacional do Sistema Único de 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 órgãos 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. (Obs.: Regulamentado pelo Decreto número 1.651, de 28/09/1995.)

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 Único 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) de 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.

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

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 - Excetua-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 exercidos em regime de tempo integral.

§ 1 - Os servidores que legalmente acumulam 2 (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 funções 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 de 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.

§ 3 - 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.

§ 4 - (Vetado).

§ 5 - 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.

§ 6 - (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.

§ 1 - 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.

§ 2 - (Vetado).

§ 3 - (Vetado).

§ 4 - 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 quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1 - 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.

§ 2 - 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.

§ 3 - (Vetado).

§ 4 - (Vetado).

§ 5 - (Vetado).

§ 6 - 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.

§ 1 - 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.

§ 2 - 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.

Art. 39 - (Vetado).

§ 1 - (Vetado).

§ 2 - (Vetado).

§ 3 - (Vetado).

§ 4 - (Vetado).

§ 5 - 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.

§ 6 - Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7 - (Vetado).

§ 8 - 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 gerência 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 e privados 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.

§ 1 - 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.

§ 2 - 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 2 (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 número 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei número 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, em 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

Fernando Collor
Alcenir Guerra

ANEXO III

LEI N. 8.142, 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:

Artigo 1º - 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:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - 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.

§ 2º - 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.

§ 3º - 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.

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Artigo 2º - 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 Quinquenal 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.

Artigo 3º - Os recursos referidos no inciso IV do artigo 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no artigo 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º - Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º - Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei.

Artigo 4º - Para receberem os recursos, de que trata o artigo 3º 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 § 4º do artigo 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.

Artigo 5º - É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Artigo 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 7º - Revogam-se as disposições em contrário