

# **I CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICAS MÉDICAS DO CFM/CRM<sub>s</sub>**

Íbero-América: Sistemas Nacionais de  
Saúde e seus Desafios”

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti

Pernambuco, 14 a 16 de setembro de 2011

# Plano Nacional de Humanização

- A **PNH** entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos - usuários, trabalhadores e gestores - implicados no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. Porque o SUS que queremos só é possível em uma construção coletiva, em Rede.

# ANTIMÉDICO

- O sistema de saúde brasileiro é hoje caracterizado por uma disputa entre modelos assistenciais diversos. **O modelo centrado na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico constitui-se numa hegemonia em oposição a** campanhas e programas especiais, além de ações de vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 1994).

# ANTIMÉDICO

- 3) O modelo médico continua sendo de formação tecnicista e instrumental.
- No fundo, percebe-se, por parte do profissional, um menosprezo pela liberdade e autodeterminação do paciente.

# ANTIMÉDICO

- BOARETO (2004) sobre o referido texto de Deslandes lembra que um dos aspectos **mais relevantes da relação médico-paciente em nosso meio é a de classe. O médico adota comportamentos diferentes, de acordo com a classe social do paciente.** A distância social e cultural que o médico estabelece com as classes menos favorecidas dificulta o direito das mesmas à negociação e participação.

# ANTIMÉDICO

- O médico é, tradicionalmente, detentor de um saber: o saber clínico, que se vincula a uma prática individual, com tomadas de decisão de caráter individual e responsabilidade individual, isto e real e faz parte da cultura do médico e da sociedade em geral.
- **Numa sociedade “medicalizada” (Portillo 1990) o médico é um prestador de diagnósticos e prescrições, algumas vezes conselhos, assim ele se representa a sua função social e esta representação é partilhada com seus pacientes;**
- **É um profissional liberal sujeito, em sua prática, aos códigos elaborados por seus pares, com muitas dificuldades para incorporar, normas e procedimentos que envolvam alterações a seu ritual de trabalho.**

# MORAL DA HISTÓRIA

- O MÉDICO DESUMANIZA O SISTEMA
- MEDICALIZAR (Clínica e Cirurgicamente) A ASSISTÊNCIA É ATACADO COMO UMA HERESIA
- TRATAR EM HOSPITAIS É UM CRIME COMO EM COMO ALARDEIAM NA PSIQUIATRIA
- NA CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA O PROTAGONISMO DO MÉDICO É QUASTIONADO E NEGADO
- MULTIPROFISSIONALISMO É HUMANIZAR

# A VERDADE!

- O MÉDICO É PRINCÍPIO, MEIO E FIM EM SEU MISTER, PORTANTO O PRINCIPAL PROTAGONISTA DA AÇÃO
- TEM ESPAÇO PARA TODAS AS PROFISSÕES, MAS, DESDE QUE CHAMADA A INTERVIR.
- NA VERDADE HÁ UMA SUPERESTIMAÇÃO DO PAPEL DESTAS PROFISSÕES QUE FORAM CRIADAS PARA APOIAR A AÇÃO DO MÉDICO APLICANDO TÉCNICAS E MÉTODOS EM REABILITAÇÃO, PREVENÇÃO E TERAPÊUTICA



# A VERDADE

- HÁ QUE SE FORMAR O MÉDICO PARA COMPREENSÃO HOLÍSTICA DO SER E DOMINAR A PROPEDEÚTICA, A TERAPÊUTICA, AS TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIO-OCUPACIONAL, PARA AS PERÍCIAS, ATESTAÇÕES E ADMINISTRAÇÃO DO COMPLEXO ASSISTENCIAL QUE VAI DAS AÇÕES SANITÁRIAS A DIREÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ONDE SE EXERÇA A MEDICINA

# Glossário

- **Acolhimento**
- Atenção ao Usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.
- **Ambiência** – Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um
- Projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc.

# Glossário

- **Apoio institucional** – Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais.
- **Apoio matricial** – Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado **setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores**. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

# Glossário

- **Atenção especializada** – Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

# Glossário

- **Autonomia** – No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas leis próprias”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo.

# Glossário

- **Avaliação de Risco** – Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

# Glossário

- **Cliente** – é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado.
- **Paciente** – é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos.
- **Usuário** - é aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

# Glossário

- **Na rede psicossocial**, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, **este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos**, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade



# Glossário

- **Clínica ampliada** – Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.
- Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

# Glossário

- **Controle social** – Participação popular na fiscalização e controle das ações e serviços, nos diferentes níveis de governo, destacando-se, na área da saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

## **Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012**

- Cooperação Técnica da OPAS/OMS no Brasil se estruturou com base em projetos voltados ao fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde brasileiro
- Acompanhamento sistematizado do processo de Cooperação Sul-Sul.
- As ações estratégicas da Organização objetivam o fortalecimento de seu papel junto ao governo brasileiro e aos demais países.

# sexta-feira (26) de agosto 2011

- O primeiro Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha no Brasil foi inaugurado pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, na nesta em Salvador (BA), com o acompanhamento da OPAS/OMS no Brasil. O Centro de Parto Normal tem o objetivo de humanizar o nascimento, oferecendo as gestantes um ambiente com maior **privacidade e assistência qualificada do parto**. A unidade proporcionará que as mães sejam, efetivamente, **as protagonistas do próprio parto**.

# OMS/OPAS

- A cooperação internacional prioriza as áreas de serviços de saúde coletiva, prevenção e controle de enfermidades, gestão do sistema e capacitação de recursos humanos, por meio de projetos nacionais ou concentrados em alguns estados, principalmente no Nordeste.
- Destaque para a redução da mortalidade infantil através do Programa Saúde da Família (PSF), a melhoria da qualidade dos serviços e a ampliação do acesso aos mesmos.

Prioridades da cooperação da OPAS/OMS no Brasil pactuadas  
com o país para o período  
2008-2012

- apoiar o fortalecimento da participação social no desenvolvimento da saúde e da consciência nacional sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo sua abordagem de acordo com o enfoque de direitos, igualdade, equidade e controle social desses determinantes e o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

# FINACIAMENTO

## ANEXO 5

### TERMOS DE COOPERAÇÃO DA OPAS/OMS COM O BRASIL VIGENTES EM MARÇO DE 2007

TC	PROGRAMA	VIGÊNCIA	PONTO FOCAL	RECURSOS COMPROMETIDOS	SUBTOTAL	%
11	<i>Aedes Aegypti</i> – dengue	2000-2010	Rubén Figueroa	18.500.854	105.858.148	12,1
32	Controle da tuberculose	2003-2008		16.524.750		
35	Vigilância epidemiológica e ambiental	2004-2009		49.185.884		
40	Vigilância epidemiológica – prevenção e controle	2004-2009		21.646.660		

# FINACIAMENTO

23	CNS	2001-2011	Fernando Rocabado	971.900	10.971.900	1,4
44	Gestão participativa e estratégica do SUS	2006-2011		10.000.000		
24	Assistência farmacêutica	2001-2011	James Fitzgerald	9.100.707	67.753.185	7,6
33	Vigilância sanitária para São Paulo	2004-2009		1.111.101		
36	Assistência farmacêutica SUS	2004-2009		16.998.857		
37	Vigilância sanitária	2005-2010		5.556.520		
47	Gestão e tecnologia em saúde	2006-2011		29.998.500		
51	Política nacional de sangue	2006-2011		4.987.500		



# FINACIAMENTO

8	Capacitação em saúde	2000-2010	José Paranaguá	267.145.000	281.215.000	32,3
41	Saúde internacional	2006-2010		14.070.000		
39	Gestão do SUS	2004-2009	Julio Suárez	10.753.473	54.864.600	6,3
42	Saúde suplementar	2005-2010		6.000.000		
43	Sistemas de serviços de saúde	2005-2010		18.111.927		
45	Economia da saúde	2006-2010		3.259.200		
50	Qualidade do SUS	2006-2011		7.140.000		
49	Saúde da família, alimentação e nutrição	2006-2011		9.600.000		

# FINACIAMENTO

TC	PROGRAMA	VIGÊNCIA	PONTO FOCAL	RECURSOS COMPROMETIDOS	SUBTOTAL	%
7	Promoção de saúde do adolescente e do jovem	2000-2007	Zuleica Albuquerque	392.000	392.000	0,1
15	Melhoria da gestão do SUS	2003-2011	SS/RRHH/EPI	26.341.255	26.341.255	3,0
14	RIPSA	2000-2010	José Moya	13.262.603	13.262.603	1,5
12	BVS	2000-2010	BIREME	8.502.364	8.502.364	1,0
38	Engenharia de saúde pública	2006-2011	Mara Oliveira	820.116	820.116	0,1
34	Programa de vacinação	2004-2009	Cristiana Toscano	300.622.844	300.622.844	34,5
48	Saúde no MERCOSUL	2006-2011	Diego Victoria	1.011.350	1.011.350	0,1
---	TOTAL	---	---	871.300.938,94	871.300.938,94	100

Nota: Os TCs 34, 36 e 40, destinados exclusivamente a compras, correspondem a 29,5% do total de recursos comprometidos no período analisado.

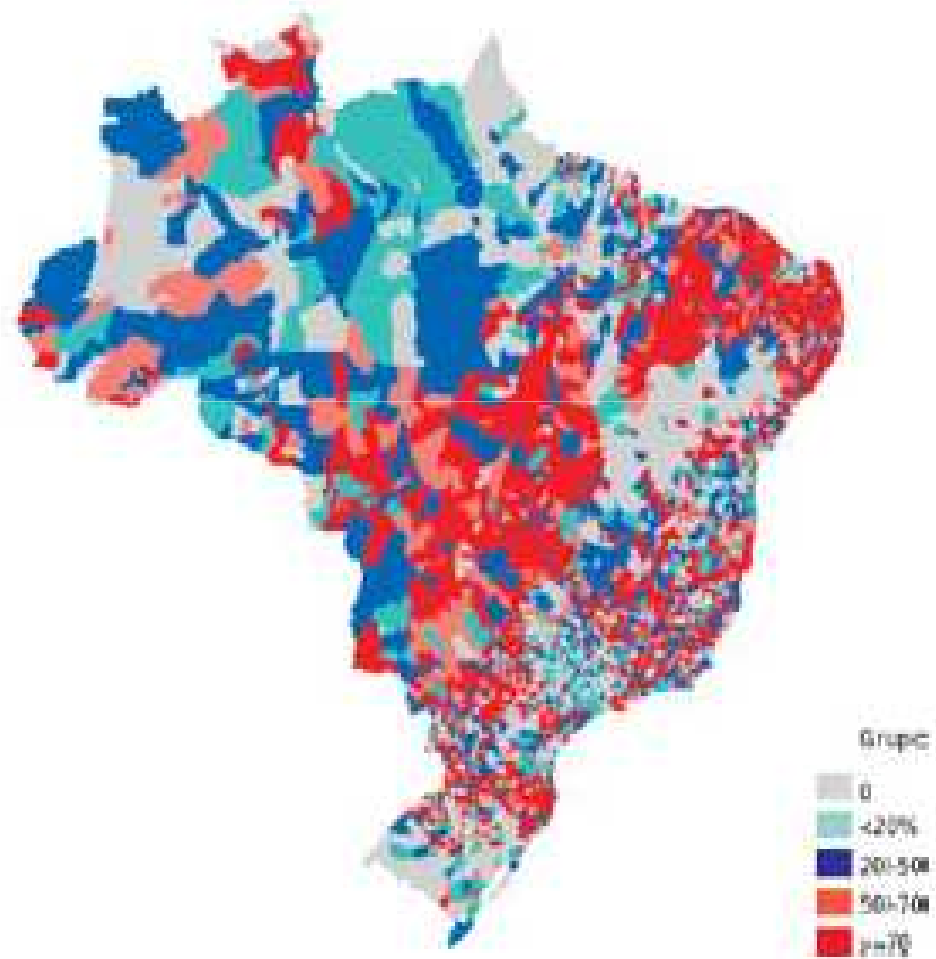
# FINACIAMENTO

PRIORIDADES		
OUTRAS AGÊNCIAS		SETOR SAÚDE
BANCO MUNDIAL	Maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos	1, 21
	Compromisso de gestão com resultados mensuráveis	3, 4, 5
	Planejamento e gestão para o desempenho	21
	Financiamento orientado à melhoria do desempenho	3
BID	Sistemas robustos de monitoramento e avaliação	5
	Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial	21
	Atenção aos pobres, inclusão e equidade social	2
	Aumentar a eficiência e alcançar objetivos estratégicos	3
	Melhorar a efetividade do sistema de serviços	2
	Abordagem intersetorial dos problemas de saúde	6

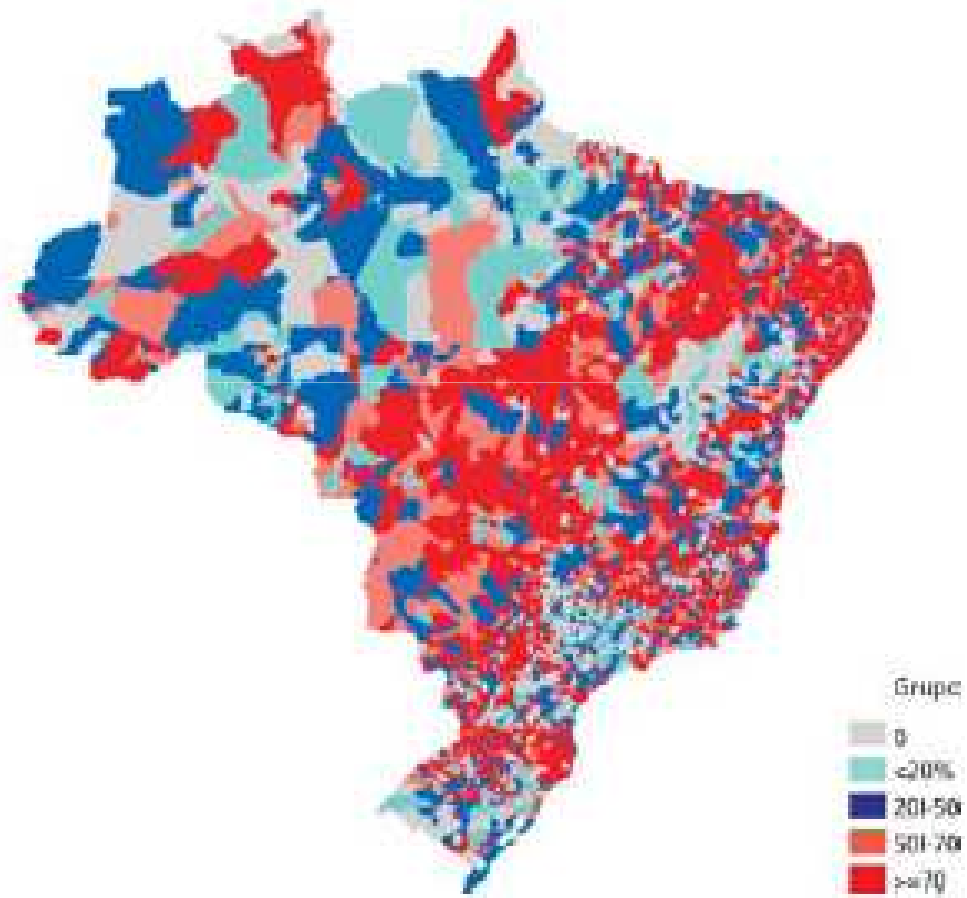
# ATENÇÃO BÁSICA

- *É um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006)<sup>[2]</sup>*

**Figura 16: Distribuição dos Municípios nos estratos de cobertura do PSF.  
Brasil, 2002**



**Figura 17: Distribuição dos Municípios nos estratos de cobertura do PSF.  
Brasil, 2004**



# MÉDIA COMPLEXIDADE

- A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção á saúde - atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS...

# Alta Complexidade

- Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).



# **RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE: DESAFIOS GLOBAL E NACIONAL**

**Brasília – DF, Brasil, 16-18 de novembro de 2004**

Mesa Redonda:

Articulação entre Educação e Trabalho -  
Dimensões Institucionais e Atores Sociais

A Gestão da Educação em Saúde: As Perspectivas da Integralidade  
do Cuidado e da Organização dos Serviços

Ricardo Burg Ceccim

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

## Modelos em disputa e processos de inclusão (3/4)

- ❖ Anos 80 – experiências extra-muros e Integração Docente-Assistencial para a integração Ensino – Serviço (movimento de mudanças instituído e com a chancela de governo – pertence às IES, segue a separação da extensão e da graduação);
- ❖ Anos 90 – Projeto UNI – multiprofissionalidade e interdisciplinaridade e integração ensino-serviço com inclusão da população;
- ❖ Anos 90 – Projeto Cinaem – uniprofissional, inclusão do protagonismo estudantil e dos gestores de saúde;
- ❖ Rede IDA + Projetos UNI → Rede UNI/IDA;
- ❖ Rede UNI/IDA – avaliação indica a necessidade de ultrapassar 1 profissão, ultrapassar 1 departamento, instituir a multiprofissionalidade, dar lugar aos usuários, ampliar a interação com o sistema de saúde → Rede Unida;
- ❖ Cinaem – uma teoria da educação dos profissionais de saúde centrada nas *necessidades de saúde* e em *ruptura com o pensamento médico-hegemônico*; (CFM)

## Ações políticas determinantes:

- ✓ colocar na pauta da mudança os *núcleos duros* da prática de saúde e evitar o *locus* da atenção básica como lugar paralelo (ter em vista, sempre, a Atenção Integral à Saúde, onde a Saúde da Família seja um conceito da qualidade do cuidado e não um lugar exclusivo de atenção);
- ✓ elevar o compromisso com a multiprofissionalidade ao topo do entendimento da integralidade da atenção;
- ✓ estabelecer compromissos de gestão setorial, envolver os estudantes e os movimentos sociais como atores da mudança.

# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- Art. 1º É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.

# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- **Art. 3º** Ao órgão federal de saúde ainda incumbe;
- a) acompanhar, vigilante, a marcha das epidemias ou endemias em outros países, fazendo a defesa sanitária do país, contra sua entrada no território nacional;
- **d) traçar e executar planos de assistência médico-sanitária, hospitalar e medicamentosa ao homem brasileiro;**
- e) realizar e orientar ampla educação sanitária do povo.

# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- Art. 13. Para proteção e defesa da saúde, no que diz respeito às doenças transmissíveis, o órgão federal de saúde baixará normas relativas:
  - a) à notificação compulsória das fontes de contaminação;
  - b) ao isolamento do doente;
  - c) à visita domiciliar;
  - d) à imunização do indivíduo são:
- Parágrafo único. Em defesa da saúde do indivíduo, o órgão federal de saúde poderá traçar ainda normas, e providenciará no sentido da realização de exame médico sistemático e periódico.

# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- **Art. 17.** Será organizada a luta contra as doenças degenerativas, abiotróficas e involutivas, tendo como pontos fundamentais:
  - a) o diagnóstico e tratamento precoces;
  - b) os exames periódicos de saúde dos grupos etários de maior incidência;
  - c) a realização de medidas profiláticas que visem a causas predisponentes e determinantes.

# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- **Art. 18.** Incumbe ao órgão federal de saúde, nos termos da lei, fiscalizar:
- a) o exercício das profissões de médico, farmacêutico, dentista, veterinário, enfermeiro e outras afins, reprimindo o curandeirismo, e o charlatanismo;



# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- **Art. 22.** O tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata.
- § 1º As casas de detenção e as Penitenciárias terão anexos psiquiátricos, cujos objetivos e atribuições serão fixados na regulamentação da presente lei.
- § 2º O Governo criará ou estimulará a criação de instituições de amparo social à família do psicopata indigente, e de centros de recuperação profissional para alcoolistas e outros toxicômanos.
- § 3º As instituições religiosas de seitas doutrinárias e às associações congêneres é vedada a prática, nos estabelecimentos psiquiátricos, de culto e quaisquer atos litúrgicos com finalidade terapêutica.

# LEI N. 2.312 – DE 3 DE SETEMBRO DE 1954

- **Art. 23.** Para o tratamento médico e educação adequados, os menores anormais só poderão ser recebidos em estabelecimentos especiais a eles destinados ou em seções apropriadas de outros estabelecimentos.
- **Art. 24.** O órgão federal de saúde traçará as normas gerais para educação sanitária do povo, orientando o indivíduo na defesa de sua saúde.

## **Decreto nº 49.974-A, de 21 de Janeiro de 1961**

Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

- Art. 2º. É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.

§ 1º Ao Estado, principalmente, cabe a adoção das medidas preventivas, de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade.

**§ 2º O Estado deve prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la.**

§ 3º À família, por seus responsáveis, cabe a adoção de medidas preventivas, de caráter individual, recomendadas pelas autoridades sanitárias competentes, e as providências necessárias para adequada assistência médica de seus integrantes, quando doentes.

# Decreto nº 49.974-A, de 21 de Janeiro de 1961

- Art. 3º. O Ministério da Saúde é o órgão federal ao qual incumbe o estudo, a pesquisa e a orientação dos problemas médico-sanitários e a execução das medidas de sua competência que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

# Capítulo I

## Notificação Compulsória

### **ASSITÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA**

- § 2º. A notificação poderá ter caráter sigiloso.

§ 3º. A ocorrência de doença quarentenável, prevista no Regulamento Sanitário Internacional, que se verificar em qualquer ponto do país, será notificada, com a máxima urgência, pelos serviços de saúde ao órgão federal competente.

§ 4º. A notificação do doente ou suspeito devere ser feita dentro de 24 horas pelo médico que o tenha visto, mesmo não sendo o assistente: pelo chefe da família ou outras pessoas que com ele residam ou lidem; pelo responsável de laboratório que haja obtido resultado positivo e pelos responsáveis por estabelecimentos coletivos, públicos ou privados, onde se encontre o caso.

## Capítulo II

### Doenças Transmissíveis

### ASSITÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA

- Art. 23. As atividades contra as doenças transmissíveis, compreenderão:
- *a)* investigação e inquéritos epidemiológicos;
- *b)* medidas profiláticas e médico-assistenciais;
- *c)* medidas de assistência social, readaptação e reabilitação;
- *d)* medidas educativas;
- *e)* estudos e pesquisas;
- *f)* preparo e aperfeiçoamento de pessoal especializado.

# Capítulo II

## Doenças Transmissíveis

- Art. 27. No combate às doenças venéreas, o órgão federal de saúde, além de executar as atribuições de sua competência, orientará e coordenará os esforços, públicos e privados, que visem a êsse fim.

§ 1º. São consideradas doenças venéreas para fins de saúde pública, a sífilis, a gonorréia, o cancro venéreo e o linfogranuloma venéreo.

§ 2º. O tratamento das doenças venéreas é obrigatório, podendo a autoridade sanitária determinar o isolamento compulsório do doente contagiante, em caso de recusa ou abandono.

§ 3º. Pode a autoridade sanitária determinar a hospitalização obrigatória das pessoas suspeitas de serem portadoras de doença venérea, afim de elucidar o diagnóstico.

## Capítulo III

### Doenças não transmissíveis e acidentes pessoais ASSITÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA

- Art. 30. O Ministério da Saúde estimulará, por todos os meios ao seu alcance, o desenvolvimento de atividades de saúde pública, paralelamente ao progresso da ciência e da técnica sanitária, visando ao controle de acidentes pessoais e de doenças que, por sua elevada incidência constituam problemas de interesse coletivo, tais como o câncer e as afecções cárdio-vasculares.



# Capítulo IV

## Saneamento

- Art. 32. Dada a natureza e importância do saneamento como medida fundamental de proteção da saúde individual e coletiva, o Ministério da Saúde estabeleceria normas e padrões ajustáveis às condições locais.

*Parágrafo único.* A promoção das medidas de saneamento constitui obrigação do Estado e do indivíduo.

Art. 35. A habitação obedecerá aos requisitos de higiene indispensáveis à proteção da saúde e ao bem-estar individual

# Capítulo V

## Higiene da Alimentação

- Art. 45. O Ministério da Saúde estabelecerá padrões básicos para orientação dos problemas referentes à alimentação e à adequada execução das medidas ligadas ao controle sanitário dos alimentos.
- Art. 50. A autoridade sanitária competente fiscalizará a propaganda comercial dos gêneros alimentícios, naturais ou industrializados, visando a impedir a divulgação de falsas qualidades ou de quaisquer informações inexatas ou consideradas prejudiciais.

*Parágrafo único.* Serão fixadas pelo órgão federal de saúde as taxas residuais dos inseticidas utilizados na proteção e conservação de alimentos.

# Capítulo VI

## Saúde e Ocupação

- Art. 51. A autoridade sanitária competente, visando à aplicação de medidas adequadas, realizará investigações sobre as condições dos locais de trabalho, a natureza do trabalho e a saúde individual dos trabalhadores.

Art. 53. O órgão federal de saúde fixará as exigências relativas à alimentação dos trabalhadores, atendendo as necessidades nutritivas dos diferentes grupos de indivíduos, em função das atividades que exercem.

Art. 54. Para atender ao estudo e investigação dos problemas básicos de higiene industrial, o Laboratório Central de saúde Pública a que se refere o art. 121 disporá de instalações para esse fim.

# Capítulo VII

## Fiscalização da Medicina

- Art. 57. A autoridade sanitária competente fiscalizará:
- *a)* o exercício das profissões de médico, médico-veterinário, farmacêutico, dentista, enfermeiro, obstetrix, ótico, massagista, técnico de Raios X e radioterapia, protético, laboratorista, técnico ou prático de laboratório, prático de farmácia, pedicuro e outras afins, fazendo repressão ativa e permanente ao charlatanismo e ao curandeirismo;

# Capítulo VII

## Fiscalização da Medicina

- *Parágrafo único.* Na fiscalização do exercício da profissão médica, a autoridade sanitária suplementará a ação dos Conselhos de Medicina e com eles colaborará para observância do cumprimento das leis.

# Capítulo VIII

## Saúde Internacional

Art. 67. O Ministério da Saúde promoverá os necessários estudos para os acordos, convênios ou tratados relativos aos problemas internacionais de saúde.

Art. 70. O Ministério da Saúde estipulará as condições de sanidade a serem exigidas dos estrangeiros que pretendam ingressar ou fixar-se no país e exercerá a necessária fiscalização.

Art. 71. Não será concedida naturalização de estrangeiro sem a audiência do Ministério da Saúde, observadas as condições de saúde a que se refere o artigo anterior.

**Título II**  
**Promoção da Saúde Capítulo I**  
**Maternidade, Infância e Adolescência**

Art. 72. O Ministério da Saúde promoverá, de modo sistemático e permanente, em todo o país, através dos órgãos médico-sanitários competentes, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência.

# Capítulo II

## Saúde Mental

- **Psico-Higiene e Assistência Psiquiátrica**

Art. 75. A política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais.

Art. 76. O Ministério da Saúde estimulará o desenvolvimento de programas de psico-higiene através das organizações sanitárias das unidades da Federação, visando a prevenção das doenças mentais, para o que dará ampla assistência técnica e material.

*Parágrafo único.* Para maior amplitude da psico-higiene, o Ministério da Saúde poderá realizar acordos e convênios com entidades privadas, especializadas, de finalidade correlata.



# Título III

## Recuperação da saúde

### Assistência médico-social



Art. 89. Os serviços de assistência médico-social, em todo o país, serão orientados, coordenados e fiscalizados pelo Ministério da Saúde.

Art. 90. A assistência médico-social será orientada no sentido de proporcionar a recuperação da saúde à reintegração social do indivíduo.

*Parágrafo único.* A nenhum indivíduo doente poderá ser negada assistência médica pelos órgãos públicos, em qualquer unidade da Federação pelo fato de não ser nela residente ou dela natural, nem, pelo mesmo motivo ser forçado a se transferir de onde se encontre.

# Assistência médico-social

- Art. 91. O Ministério da Saúde promoverá, por todo os meios ao seu alcance, a criação e o desenvolvimento de serviços de assistência pré-nupcial, de maternidades e de serviços especializados de assistência ao parto em estabelecimentos hospitalares em geral, e ainda de serviços de assistência ao prematuro, com eles cooperando técnica e materialmente.

# Assistência médico-social

- Art. 95. O auxílio material a instituições médico-sociais, públicas ou privadas, somente será concedido quando os objetivos destas implicarem em atividade reconhecidamente necessária.

Art. 96. O órgão competente do Ministério da Saúde incentivará a criação de instituições de combate ao alcoolismo e a outras toxicomanias, que tenham por objetivo a prevenção a recuperação da saúde ou a reintegração social do indivíduo.

Art. 97. Através dos órgãos competentes, o Ministério da Saúde estabelecerá a orientação básica para a assistência médico-social a cegos, surdos-mudos, paralíticos e mutilados, cooperando técnica e materialmente com as instituições e centros de adaptação profissional que tenham esta finalidade.

# Assistência médico-social

- Art. 98. O Estado cooperará, técnica e materialmente, no amparo à velhice, estimulando os estudos de geriatria.

Art. 99. No desenvolvimento da assistência médico-social, serão levados em consideração os problemas sociais da família decorrentes de doença ou infortúnio, de modo que a prestação de serviços não se limite aos que dela diretamente necessitem, mas atenda também, às contingências da família, em termos de amparo social.

# LEI 8080/90

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

# LEI 8080/90

- Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

# Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
  - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) vigilância sanitária

# 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;



## Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

## Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- IV - executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico; e
  - e) de saúde do trabalhador;

## Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- 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;

# CAPÍTULO VI

## DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

- Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)
- § 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)
- § 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)
- § 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

## Número de leitos por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Total		
	1990	1999	2005	1990	1999	2005	1990	1999	2005
Brasil	0,9	0,9	0,8	2,8	2,1	1,6	3,7	3,0	2,4
Norte	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	0,8	2,2	2,2	1,9
Nordeste	0,9	1,1	1,0	2,0	1,7	1,2	2,9	2,7	2,3
Sudeste	0,9	0,8	0,7	3,4	2,3	1,8	4,2	3,0	2,4
Sul	0,7	0,7	0,6	3,5	2,6	2,2	4,2	3,3	2,8
Centro-Oeste	1,2	1,0	1,0	3,3	2,5	1,7	4,5	3,5	2,6

Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS).

## Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento\*. Brasil e grandes regiões, 1993, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Universitário		Total		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	1993	1999	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,4	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,1	2,0	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,2	2,9	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,6	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,9	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,8	3,5	2,1

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2005); base demográfica do IBGE.

\* Valor médio anual do número de leitos.

REGIÃO	1990 LEITOS	2000 LEITOS	2008 LEITOS	DIFERENÇA 2000	DIFERENÇA 2008
TOTAL	533.947	489.290	347.102	-44.657	-186.845
NORTE	20.857	25.512	24.070	+4.655	-1.442
NORDESTE	121.690	131.122	105.420	+9.432	-25.702
SUDESTE	258.992	217.151	136.576	-41.841	-122.416
SUL	91.273	76.434	54.061	-14.839	-37.212
CENTRO- OESTE	41.135	39.071	26.975	-2.064	-14.160

# CONCLUSÃO

- ESTAMOS EM MAUS LENÇÓIS POR INCORPORARMOS NOMENCLATURA QUE DESPERSONALIZA A MEDICINA E RETIRA DO MÉDICO O PROTAGONISMO NA DEFINIÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS DOENTES QUE ALIÁS NÃO EXISTEM MAIS, SÃO PADECENTES/USUÁRIOS.
- MERO TÉCNICO NÃO PODE SEQUER TER UM SALÁRIO DIFERENCIADO PORQUE PELA DEFINIÇÃO AQUI VISTA TODOS SOMOS IGUAIS EM RESPONSABILIDADE E PAPÉIS
- É HORA DE REAGIR.